

ÉVALUATION DE LA T2A

RAPPORT DE LA FHF - JUIN 2013

■ **Comité d'évaluation de la T2A,**
sous la présidence du Professeur Fagon

- . Michèle Deschamps, **FHF**
- . Nadège Desjardins, **FHF**
- . Stéphane Finkel, **FHF**
- . Dr Bernard Garrigues, **FHF**
- . Yves Gaubert, **FHF**
- . Dominique Goeury, **FHF**
- . Gaëlle Le Bayon, **FHF**
- . Jean-Claude Moisdon, **Ecole des Mines**
- . Dr Gabriel Nisand, **HUS**



FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE

PRÉFACE

Depuis sa mise en place, la T2A est l'objet d'innombrables débats, critiques et confrontations parfois vifs. Sa remise en cause s'appuie sur des arguments de tous ordres qui concernent l'organisation hospitalière, l'inégalité de traitement entre établissements de santé, entre différentes structures de soins, spécialités ou sous-spécialités, et finalement l'inégalité d'accès à des soins de qualité pour tout ou partie de la population.

Pour la première fois, ces analyses critiques ont été largement diffusées et reprises dans les communautés hospitalières, ce qui témoigne de l'intérêt de tous les personnels pour ces éléments financiers qui conditionnent le fonctionnement quotidien de leurs établissements de santé, mais aussi d'une insatisfaction, d'un mal être des personnels de santé qui semblent trouver dans ce mode de financement une explication à bien des difficultés.

Il est apparu indispensable de réaliser une analyse tentant de prendre en compte des données qui dépassent les seuls aspects financiers et d'apprécier les impacts de la T2A sur la prise en charge des patients.

Cette «vue de l'intérieur» de la T2A repose sur l'analyse des données existantes et sur un questionnaire adressé aux établissements publics.

Cette méthode a d'évidence des limites méthodologiques, notamment parce qu'elle repose sur l'analyse d'un système fondamentalement instable et évolutif, rendant difficile les comparaisons dans le temps.

Il n'est pas question ici d'ignorer le contexte national, ni de remettre en cause le besoin d'une régulation du système de santé et donc de la contribution des établissements de santé à cette régulation ; il s'agit de mieux comprendre les avantages et inconvénients, les qualités et défauts de ce mode de financement. Nous espérons que ce rapport contribuera à alimenter une réflexion qui aura des conséquences bénéfiques pour tous.

Pr Jean-Yves Fagon

SYNTHÈSE

01 L'OBJET DE L'ÉVALUATION

Alors que plus aucune représentation institutionnelle n'assure d'évaluation de la tarification à l'activité (T2A) – le second et ultime rapport du comité d'évaluation de la T2A datant de septembre 2009 –, la Fédération hospitalière de France (FHF) a souhaité établir en 2012 un bilan d'étape de ce qui a constitué une (r)évolution majeure du financement des établissements de santé introduite en 2005.

02 LA MÉTHODE SUIVIE ET LE DÉROULEMENT DE L'ÉVALUATION

La FHF a ainsi souhaité constituer un groupe d'experts qualifiés pour assurer le caractère transversal de la lecture critique du système qui s'imposait. Ce comité a ainsi procédé depuis le début de l'année 2012 à une analyse technique des résultats observés, en s'appuyant fortement sur la mobilisation des données issues des sources administratives (données comptables, données de recensement, données relatives à l'activité), mais il a également eu le souci d'insuffler à ce travail une dimension plus qualitative, grâce à un questionnaire adressé durant l'été aux établissements. Que les présidents de la Commission médicale d'établissement (CME) et directeurs qui ont bien voulu décrire leur perception du dispositif T2A soient ici remerciés.

03 LE PRÉSENT RAPPORT

Avant de procéder à la stricte évaluation de la T2A, le rapport rappelle préalablement qu'au-delà du «tarif» la T2A se fonde sur d'autres compartiments de ressources et les décrit précisément.

L'objet de l'évaluation a ensuite été de traiter les principales problématiques suivantes :

- au-delà des modalités techniques de financement, dans quel environnement évolue la T2A au niveau macro-économique ?
- quel pilotage guide l'outil de tarification ?
- quels sont les résultats globaux observables en termes non seulement financiers mais aussi de qualité, d'organisation de l'offre de soins ?
- quels impacts sur l'offre de soins, et en premier lieu sur les personnels de santé et leur cadre d'exercice ?
- l'ambition initiale de favoriser l'accès aux thérapeutiques innovantes est-elle réalisée à travers la liste en sus dédiée aux médicaments onéreux et dispositifs médicaux implantables ?
- globalement, lequel des objectifs de la politique publique doit être considéré comme le plus important ?

Dans cette perspective, le rapport présente d'abord l'architecture générale des ressources prévues dans le cadre de la T2A (chapitre 1) avant de décrire l'environnement dans lequel évolue le dispositif. Il s'agit là non seulement de contraintes connues, qu'elles soient économiques ou politiques, mais également de traits particuliers sources d'interrogations quant à la transparence et à la prédictibilité du système. Le rapport présente alors des résultats financiers attestant de l'évolution favorable des établissements publics de santé (chapitre 2).

Le rapport s'attache ensuite à la situation particulière des médicaments onéreux et dispositifs médicaux implantables, en décrivant les principes et règles de financement spécifiques avant de démontrer le dynamisme du secteur public à contribuer à un meilleur accès des patients aux soins coûteux. L'enveloppe dédiée hisse tout particulièrement la croissance des dépenses du secteur public (chapitre 3).

Le chapitre 4 du présent rapport est quant à lui consacré à l'évolution de l'activité observée sur la période 2005-2011 qui témoigne d'un incontestable dynamisme du secteur public qui conquiert des parts de marché et dont le personnel a accru sa productivité.

Le rapport s'intéresse ensuite à une question d'acuité manifeste : l'investissement, qui figurait parmi les objectifs consubstantiels à la réforme du financement. Le rapport présente les résultats de l'action publique en matière de financement de l'investissement, démontre à quel point les plans nationaux Hôpital 2007 et 2012, conjugués aux efforts de gestion des établissements, ont relancé l'investissement hospitalier. Néanmoins, la modernisation des hôpitaux n'est pas achevée à ce jour, et les seuls tarifs n'assurent aucunement la pérennité de l'investissement, a fortiori dans un contexte économique international restreignant l'accès au crédit (chapitre 5).

Le sujet de la qualité est développé au chapitre 6, tant les craintes et critiques en la matière étaient fortes et relayées. Si le rapport s'interroge sur la question de la pertinence et des pratiques opportunistes susceptibles d'être développées, il est plutôt rassurant, sur la base de plusieurs études conduites par le groupe. Ces dernières portent notamment sur l'évolution du taux de réadmission, le délai entre le diagnostic de cancer et la première chimiothérapie, l'évolution des durées de séjour, toutes sont de nature encourageante.

Le chapitre 7 du rapport est quant à lui dédié au thème de la coopération. A travers les résultats du questionnaire, il décrit un lien positif mais modeste entre T2A et coopération.

Le groupe livre ensuite ses conclusions après avoir mentionné au fil de la démonstration les points de vue exprimés par les acteurs, qu'ils retiennent ou non un consensus entre les acteurs.

SOMMAIRE

PRÉFACE	3
SYNTHÈSE	5
SOMMAIRE	6
INTRODUCTION	9
01 RESSOURCES DES ÉTABLISSEMENTS	10
1.1 Tarifs	10
1.2 Les suppléments et les bornes	19
1.3 Les forfaits	19
1.4 L'activité externe	19
1.5 MIGAC - MERRI	20
02 LES RÉSULTATS, COMMENT LES ÉCLAIRER	26
2.1 Les contraintes connues	26
2.2 Des réalités méconnues	32
2.3 Des zones d'ombre : transparence et prédictibilité ?	43
2.4 Résultats constatés	45
03 FOCUS SUR LES MÉDICAMENTS ET DISPOSITIFS MÉDICAUX	57
3.1 Introduction règles et historiques des listes en sus	57
3.2 Evolution globale du prix du médicament sur la structure de coûts	62
3.3 Contribution des listes en sus à la croissance de l'ODMCO de chaque secteur (construction)	64

04 ÉVOLUTION DE L'ACTIVITÉ ET DE LA PRODUCTIVITÉ	66
4.1 Activité	66
4.2 Productivité	74
05 INVESTISSEMENT	79
5.1 L'investissement et l'équilibre économique dynamique des établissements publics de santé	80
06 IMPACT QUALITÉ	88
6.1 Pertinence	90
6.2 Evolution de la prise en charge	102
07 COOPÉRATION	113
CONCLUSION	116
SIGLES UTILISÉS	118
ANNEXES	123

INTRODUCTION

Plus qu'une réforme technique du mode de financement des établissements de santé, la T2A, introduite en 2004 a constitué un changement de paradigme : en effet, c'est la logique même qui a été modifiée, liant les ressources d'un établissement à son activité.

Ce qui peut être considéré comme un changement fondamental n'a pourtant pas fait l'objet d'évaluation de la part du régulateur. Nous ne pouvons à ce titre que souligner le scepticisme qui a suivi la disparition du seul organe institutionnel dédié, le Comité d'évaluation de la T2A. Toutefois, la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la Sécurité sociale (Mecss) a très récemment publié un rapport relatif à la T2A, tandis que des missions de l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) et de l'Inspection générale des finances (IGF) ont publié sur le financement des établissements de santé.

C'est la raison pour laquelle la FHF a fait le choix de s'entourer d'experts afin de dresser une analyse des effets de la T2A, en dépassant le cadre strict de l'ingénierie financière, qui rappelons-le, n'est qu'une composante de la T2A.

Il s'agira alors de s'interroger sur la pertinence de ce mode de financement eu égard aux objectifs initialement assignés, et de s'interroger sur les conséquences attendues ou constatées du dispositif. Plus généralement, ce mode de financement est-il adapté à notre système de santé aujourd'hui malmené dans un contexte économique sous tension, mais à l'égard duquel la population émet des besoins nouveaux ?

La T2A permet-elle à l'hôpital de s'inscrire dans une dynamique à la hauteur de ses enjeux ?

Pour ce faire, le groupe propose d'établir dans un premier temps un panorama des évolutions techniques constatées (tarifs, convergence, Mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation - MIGAC -, médicaments), de dépeindre les résultats observés à la lumière du contexte, mais aussi des choix techniques opérés. Il s'agit ensuite d'étudier l'évolution de l'activité et des moyens humains mis en œuvre pour la réaliser, avant d'insister sur le sujet particulier des investissements.

Puis, il est indispensable d'apporter un éclairage sur la notion de qualité des soins - sa dégradation étant un des effets les plus redoutés de la réforme - et de s'attacher aux effets moins aisément palpables en termes de coopération interétablissements.

Enfin, l'ensemble de ces éléments sera analysé de manière complémentaire grâce à l'exploitation d'un questionnaire d'opinion renseigné par les directeurs d'établissements et les présidents de la commission médicale d'établissement (CME), au cours de l'été 2012.



01 RESSOURCES DES ÉTABLISSEMENTS

Après neuf années successives d'application de la T2A, il est essentiel d'observer les grandes tendances qui caractérisent l'évolution des ressources des établissements.

Ainsi, nous nous attacherons, tout d'abord, à explorer le sujet majeur que sont les tarifs. Élément éponyme du nouveau mode de financement, le tarif est le vecteur de la révolution conceptuelle. Pour tenter de comprendre ces tarifs et leurs éventuels suppléments, un point méthodologique s'impose avant d'observer leur évolution faciale. Le financement de l'activité externe des établissements fera l'objet d'un développement particulier. Pour disposer d'une vision complète du financement via la T2A, il conviendra ensuite de ne pas négliger les Missions d'intérêt général (MIG) ni les Missions d'enseignement, recherche, référence et innovation (MERRI) qui constituent une source importante de ressources, notamment pour les établissements publics qui assurent les missions de service public et qui s'imposent en tant qu'acteurs majeurs de la recherche.

Rappel des principes de la T2A :

- les tarifs par séjours ;
- les tarifs par prestations ;

Ce sont les prestations des activités non couvertes par les Groupe homogène de séjour (GHS) : consultations et actes externes, urgences, prélèvements d'organes, hospitalisation à domicile.

- les tarifs dits de responsabilité des consommables : médicaments (molécules onéreuses) et dispositifs médicaux.

A la T2A s'ajoutent deux autres sources de financement : les forfaits (Urgences

et prélèvements d'organes) et les MIGAC.

1.1 Tarifs

La terminologie «tarification à l'activité» tend à laisser croire que les tarifs constituent les vecteurs exclusifs de financement des établissements de santé. Fort heureusement, il n'en est rien, et des briques complémentaires viennent compléter l'édifice.

Dans cette logique d'un financement tarifaire, le pragmatisme voudrait qu'à chaque ligne de produit, soit associé un tarif, lui-même assis sur des données de coûts. Chaque année, le prix de chaque activité est fixé via le mécanisme des GHS / GHM (Groupe homogène de malades).

Le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) permet de classer le séjour de chaque patient au sein d'un GHM auquel est associé un (ou parfois plusieurs) GHS. Ceux-ci conditionnent le tarif de prise en charge par les régimes d'Assurance maladie.

Cette méthode paraît logique, mais nous allons ici voir que le processus est bien plus complexe, et de nature à perturber le pilotage des établissements.

La fixation des tarifs, un processus complexe

Nous tentons de synthétiser ci-dessous le processus conduisant chaque année à l'édiction des tarifs T2A, au moins ce que nous pouvons en savoir. Nous commencerons par décrire le point de départ, l'Etude nationale de coûts à méthodologie commune (ENCC), puis la façon dont les coûts résultant de cette étude sont modifiés pour être rapportés au périmètre tarifaire, enfin les grandes lignes du schéma décisionnel s'appuyant sur les travaux techniques précédents

et conduisant aux tarifs, ainsi qu'aux règles les accompagnant.

L'ENCC et les coûts bruts

Le point de départ, pour chaque campagne budgétaire, est constitué par les coûts issus de l'ENCC. Rappelons que ce sigle désigne un dispositif par lequel un échantillon d'établissements volontaires applique de façon stricte une comptabilité analytique commune permettant d'obtenir des coûts complets pour tous les séjours de l'échantillon. Cette comptabilité analytique avait connu une première version en 1995 et était appliquée à cette date uniquement aux établissements ex-Dotation globale de fonctionnement (DGF). Elle a été revue complètement en 2006, avec une extension aux établissements ex-Objectif quantifié national (OQN) - d'où le deuxième C du sigle -, mais sans que les grands principes du calcul aient véritablement changé : il s'agit d'une démarche dite «à sections homogènes», par laquelle le maximum des charges est affecté directement au séjour, mais ces charges (médicaments, sang, examens sous-traités) ne couvrent qu'à peu près 5 % de l'ensemble des dépenses. Les autres charges sont d'abord isolées dans des sections d'analyse (les services cliniques, les blocs opératoires, l'imagerie, etc.) et sont réparties sur les séjours suivant des unités d'œuvre censées représenter leur activité - d'où le terme de «sections homogènes». Par exemple, à chaque acte d'imagerie est associé un Indice de coût relatif (ICR), fourni par une nomenclature des actes et valable pour l'ensemble des établissements, synthétisant l'ensemble des charges nécessitées par la réalisation de cet acte. Les dépenses annuelles de l'imagerie d'un établissement sont alors ventilées sur les séjours de cet établissement au prorata du nombre d'ICR consommés par chacun de ces

séjours. Les dépenses des services cliniques (hors médicaments, directement affectés aux malades) sont ventilées sur les séjours de durée supérieure à un jour au prorata des journées d'hospitalisation. Les unités délivrant des prestations difficilement quantifiables (l'administration, par exemple) sont réparties aux séjours à la journée.

Il s'agit là, comme toute comptabilité analytique, d'une procédure où les choix sont multiples, allant du découpage de l'établissement au choix des unités d'œuvre, à celui de leurs modalités d'affectation aux séjours, etc. **Autrement dit, les résultats possèdent un caractère intrinsèque et important de convention.** Il convient de garder à l'esprit cette constatation et de repérer qu'il s'agit là de la première source d'incertitude, deux ensembles de choix sur les nombreux paramètres du système pouvant conduire à des résultats différents, tout en apparaissant l'un et l'autre parfaitement raisonnables. Certains de ces choix sont «relativement» consensuels, comme l'utilisation des ICR pour répartir les dépenses du plateau technique, d'autres beaucoup moins : c'est ainsi qu'est toujours - et légitimement - contestée l'utilisation des journées pour les services cliniques, le problème étant que pour l'instant la recherche d'un substitut s'est heurtée à d'importantes difficultés techniques.

D'autres traitements de données, extracomptables, effectués par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (Atih) et non par les établissements, ne manquent pas d'apparaître comme pouvant être discutés, comme celui défalquant l'ensemble des coûts des hôpitaux bénéficiant des MERRI du montant alloué sur ce chapitre¹, ou encore celui modifiant les coûts des établissements auxquels est appliqué le coefficient géographique qui prend

¹ Il faut bien en effet mettre à part les dépenses en question, mais on voit que ces dernières sont plutôt évaluées par les recettes ; par ailleurs le plus discutable est de considérer que tous les coûts sont impactés de la même façon.

en compte d'éventuels surcoûts liés à la position géographique de l'établissement.

Soulignons par ailleurs que ces calculs ne peuvent pas être tout à fait les mêmes pour les établissements ex-DGF et les cliniques privées. Sont exclues pour ces dernières les rémunérations des médecins, honoraires directement versés aux intéressés par l'Assurance maladie, ce qui signifie que sont également exclues les charges d'une partie non négligeable du plateau technique (imagerie, biologie...), également payées sous forme d'honoraires à des prestataires extérieurs à l'institution. Pour le reste la révision de 2006 a réussi à homogénéiser le dispositif sur les deux secteurs, d'où le terme « méthodologie commune ». Il n'en reste pas moins qu'existent finalement deux études de coûts, une pour chaque secteur, conduisant à deux édifices tarifaires différents.

Une seconde source d'incertitude, de nature très différente, vient du fait que l'on a affaire à un échantillon d'établissements (non aléatoire du reste), et donc pour un GHM donné à un échantillon de séjours, ceux qui proviennent de l'ensemble des établissements de l'échantillon, et qui sont orientés dans ce GHM par l'algorithme de classification. On obtient donc non pas un coût par GHM, mais une distribution de coûts, intégrant l'aléa lié à l'hétérogénéité intra-GHM (qui subsiste malgré le passage à plus de 2 400 groupes) et celui lié à l'échantillon des établissements eux-mêmes. Concernant ce dernier aléa, des travaux statistiques visent à modifier les résultats issus des comptabilités analytiques des établissements afin d'en atténuer les effets, notamment une méthode de redressement statistique intégrant un certain nombre de variables, dont la catégorie et la taille des établissements. Une

telle méthode, on le sait, ne peut éliminer complètement les biais de sélection. Au total, étant donné que par la suite on choisit un paramètre central de ces distributions pour fixer les tarifs (en l'occurrence la moyenne), on peut avoir des intervalles de confiance importants sur ce résultat. C'est évidemment un problème d'autant plus aigu que le nombre de séjours du GHM considéré est faible. Sur la dernière ENCC connue, celle concernant les données 2010 (utilisable pour la campagne 2013, ce qui introduit un autre aléa, les coûts utilisés pour les tarifs datant de trois ans) le nombre de GHM ayant moins de 30 séjours s'élève à environ 600 (sur un peu plus de 2 400). Sur ces GHM, il semble difficile de statuer sur une tendance moyenne (l'Atih utilise le dire d'experts pour ce faire). Ce phénomène n'est pas forcément très grave compte tenu de la faible fréquence de ces GHM, mais le doute peut légitimement subsister compte tenu du nombre de GHM dans ce cas (25 % environ).

Une solution serait évidemment d'augmenter sensiblement le nombre d'établissements participant à l'étude (qui n'a que peu évolué depuis le démarrage en 1995). La version 2010 utilisait les résultats de 47 établissements ex-DG (15 CHU/R, 19 CH, 3 CLCC, 10 EBNL) et 20 cliniques privées. Cela apparaît peu proportionnellement aux effectifs totaux d'établissements (en tout cas si l'on compare à des dispositifs analogues à l'étranger, comme en Allemagne), même si au total le nombre de séjours inclus dans l'étude est non négligeable (plus de 3 millions de séjours/séances en ex-DG, près de 20 % des séjours nationaux et 440 000 en ex-OQN, seulement 5 % des séjours nationaux). De nombreux rapports, dont celui, récent, de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale, préconisent une aug-

mentation du recrutement de l'ENCC. Il est vrai qu'il s'agit d'une opération lourde, à la fois pour l'Atih, notamment au niveau du suivi des établissements, et surtout pour ces derniers. En l'état, l'Atih préfère cibler davantage les établissements participant à l'étude, afin d'avoir un meilleur taux de sondage sur les activités peu ou mal représentées.

Au total, les coûts moyens par GHM issus de l'ENCC sont entachés d'une marge d'erreur difficile à apprécier. Il n'en reste pas moins que, vu comme une hiérarchisation des ressources affectées par lignes d'activités constituées par les GHM, ils constituent un progrès très net quant aux connaissances sur l'économie des établissements de santé (il suffit de se remémorer ce qui existait auparavant : des coefficients d'occupation des services ou des durées de séjour toutes pathologies confondues, qui n'avaient guère de signification). L'Atih publie chaque année, non seulement les coûts moyens par GHM, mais également leur décomposition en une trentaine de composantes, base de données d'une très grande richesse potentielle pour l'ensemble des acteurs hospitaliers. Il convient simplement de recommander que ces derniers, quand par exemple ils comparent leurs coûts de production sur un service, un pôle, ou encore une filière, à ceux issus de la base de l'ENCC, le fassent avec précaution. Des écarts faibles n'ont guère de signification. Evidemment ce fait, associé à celui que l'on a quelque mal à assortir ces écarts d'intervalles de confiance solides, relativise d'emblée la traduction des résultats de l'ENCC en outils de gestion interne.

Mais cette difficulté, comme on va le voir, est accentuée par le processus de fixation des tarifs.

Des coûts aux tarifs : une alchimie particulièrement complexe

Prendre en compte les différences de périmètre entre coûts et tarifs

La première opération est technique, elle consiste à ramener les coûts bruts issus de l'ENCC au périmètre tarifaire. En effet, comme on le sait, un certain nombre de composantes des coûts donnent lieu à un financement à part : les molécules onéreuses, les Dispositifs médicaux implantables (DMI) qui sont remboursés aux établissements, l'ensemble réanimation, soins intensifs, surveillance continue, néonatalogie, qui est financé sous forme de suppléments, plus quelques coûts pesant moins lourds, comme ceux relatifs à la production des BHN, etc. Pour certaines de ces composantes (molécules, DMI), il suffit d'ôter des coûts des GHM les montants correspondants qui font partie des composantes calculées dans l'ENCC. Pour l'ensemble, que par commodité on appellera « ensemble réa », on ne diminue pas les coûts complets (hors structure) des coûts constatés dans l'ENCC, mais d'un coefficient, calculé pour chaque GHM, dépendant du rapport entre le montant des suppléments et celui des tarifs calculé sur l'année précédente. Cette procédure particulière est justifiée par le fait que le tarif du GHM finance une partie des services de « l'ensemble réanimation »², mais elle constitue en soi **une première entorse à un principe de lisibilité qui voudrait qu'un « acteur du terrain » (un contrôleur de gestion d'un établissement par exemple) puisse faire les mêmes calculs pour pouvoir comparer coûts et tarifs ; il ne dispose pas en effet pour ce faire de toutes les données nécessaires (montants par GHM des rémunérations des suppléments).** Signalons que par ce type d'opération, on ne dispose plus de coûts observés, mais de quantités qui dépendent à la

² Principe adopté depuis 2005, donnant lieu par lui-même à des calculs à part et passablement compliqués pour aboutir aux coûts et aux tarifs des suppléments.

fois des coûts et des tarifs (puisque les suppléments sont bien des tarifs).

C'est aussi dans cette phase « technique » que sont introduits les GHS, le concept tarifaire, que ne connaît pas l'ENCC. La publication des coûts de l'ENCC fournit le résultat global (coûts complets par GHS, estimés par l'Atih à partir de ceux des GHM pères), mais pas le détail des composantes de ce résultat, si bien que notre « acteur du terrain » est de toute façon incapable, sur ces GHS, de faire les opérations de réduction au périmètre tarifaire que nous venons d'évoquer.

Par ailleurs l'Atih a maintenant une optique pluriannuelle³ (ce qu'il faut saluer, compte tenu de l'instabilité des résultats de l'ENCC d'une année sur l'autre). Par exemple, pour la campagne 2012, les ENCC 2006 à 2009 ont été utilisées pour les coûts ex-DG, avec quelques complications consistant par exemple à exprimer les coûts dans une classification unique, celle de l'année précédente (V11c), ce qui amène en particulier à gérer les passages MIG-tarifs ou tarifs-MIG de chaque année (notamment pour les molécules onéreuses). C'est peu de dire que cette complexité est très obscure pour l'acteur de terrain.

A propos de ces transferts entre deux compartiments de la T2A, il convient également de prendre en compte les récents débasages, c'est-à-dire les MIG précarité, permanence des soins et internes. Les coûts des GHM inscrits sur une liste sont défalqués d'un coefficient unique afin de reconstituer les enveloppes débasées. Ces nouvelles MIG sont ensuite redistribuées aux établissements selon des critères définis par le ministère.

Dans un souci de transparence, l'Atih a publié récemment et mis sur son site les résultats de cette impressionnante chaîne de calculs. On pourrait donc

penser que l'on dispose d'une liste de coûts par GHS (ou en tout cas de chiffres pas trop éloignés des coûts) que l'on peut confronter à la liste des tarifs, ce qui peut satisfaire notre « acteur du terrain », mais en fait pas tout à fait. En effet, coûts et tarifs sont rapportés à une même enveloppe tarifaire (en l'occurrence celle calculée avec les tarifs 2011 et le case mix national 2010, le dernier connu lors de la campagne 2012), si bien que l'on a affaire non à des coûts, mais à une échelle de coûts que l'on peut confronter à l'échelle des tarifs ; **seules ces échelles sont publiées. Ce qui est négligé dans cette comparaison, c'est une éventuelle discordance entre les coûts (et non coûts relatifs) et les tarifs, liée par exemple à une série de glissements successifs annuels traduisant une exigence croissante de productivité sur l'activité des établissements en principe financée par les GHS.**

Fixation des tarifs

Il s'agit à proprement parler du processus de décision, conduisant chaque année à la publication des tarifs et des différentes règles associées fin février, pour application quasi immédiate. Ce processus, aux mains du « système régulateur » (DGOS, DSS cabinet ministériel, Atih, Cnamts...) reste largement opaque au monde extérieur (en particulier les principaux intéressés, à savoir les établissements) qui n'est que peu consulté sur les réglages divers et multiples opérés sur les outils de financement, même si une certaine information a pu être diffusée auparavant, notamment sur les changements de classification. Les tarifs de GHS et les autres composantes tarifaires sont fixés chaque année par un arrêté qui est publié fin février avec application immédiate, que les établissements découvrent alors, les obligeant à des adaptations précipitées et souvent difficiles, comme lors du passage à la

³ En 2008, la Fédération de l'hospitalisation privée a cependant invité ses adhérents à suspendre leur participation à l'ENCC.

V11 en 2009. A cet égard, on se trouve ici dans une situation assez différente de celle vécue par les acteurs sur les phases techniques précédentes, où une concertation assez large a lieu (avec les limites signalées plus haut), impliquant les fédérations d'établissements, les associations, les sociétés savantes, etc. (cela a été le cas notamment au sujet de la révision en 2006 de l'ENC, devenue ENCC).

Globalement, si l'on se livre à une interprétation aventureuse, à partir des traces disponibles, nous sommes face aux opérations suivantes.

En partant de l'enveloppe tarifaire de l'année n-1 (somme des tarifs des GHM valorisés par les effectifs nationaux connus), nous examinons comment elle devrait évoluer sous l'effet de plusieurs facteurs :

- L'évolution des coûts de production unitaires (GVT, inflation...) et les mesures nouvelles, qu'elles concernent les rémunérations du personnel ou encore les plans de santé publique.
- Les incidences prévues de dispositifs visant à réduire les dépenses : incitations à l'ambulatoire, convergence...
- Une anticipation de l'évolution de l'activité, en volume et en structure (notamment en intégrant les effets d'une nouvelle classification éventuelle).

L'enveloppe tarifaire obtenue ne résulte pas mécaniquement de la somme de ces trois effets, dans la mesure où elle peut être jugée « insupportable » vis-à-vis de l'Objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam). C'est notamment le cas lorsque l'activité est dynamique et que son « trend » positif absorbe à lui seul la quasi-totalité de l'évolution « acceptable ». Par exemple, pour la campagne 2012, l'activité a augmenté

de 2,4 % alors que l'enveloppe tarifaire n'a augmenté quant à elle son côté que de 2,42 %, ce qui signifie notamment que l'alourdissement des coûts de production n'est pas totalement financé par l'accroissement de l'enveloppe tarifaire.

Quant aux tarifs eux-mêmes ils font de leur côté l'objet de révisions qui ont varié dans le temps. A l'heure actuelle, l'optique choisie est de ne pas les faire varier systématiquement, mais de se focaliser, d'une part sur ceux qui font l'objet d'une décision liée à une priorité de santé publique ou à une mesure incitative, d'autre part sur ceux dont la masse tarifaire s'avère sensiblement différente de la masse coûts, telle qu'elles ont été calculées dans l'étape d'avant. On voit que l'on s'appuie dans cette alchimie autant (sinon plus) sur les tarifs antérieurs que sur les coûts, la façon dont l'échelle se déforme donnant lieu par ailleurs à des variations dont l'ampleur semble davantage le résultat d'un choix conventionnel que d'analyses approfondies.

Il faut bien voir que de ces révisions sort en fait une échelle de tarifs qui sera ajustée par homothétie sur l'enveloppe tarifaire calculée précédemment à partir de l'enveloppe tarifaire de l'année n-1.

Nul doute que cette description est approximative (la procédure complète et précise n'étant écrite nulle part). De même, ce dispositif nécessite lors de la préparation de la campagne budgétaire des correctifs, ajustements, retours en arrière incessants, qui ne doivent pas être simples à gérer.

Il semble cela dit acquis que :

- **Le raisonnement par enveloppe est dominant.** L'exigence de « rentrer dans l'Ondam » est partout présente, et aboutit en fait à la gestion concomitante de sous-enveloppes (tarifs

GHS, suppléments, molécules et dispositifs médicaux implantables - DMI -, consultations et actes externes, forfaits annuels...), dont la somme constitue l'objectif de dépenses du champ MCO (ODMCO), elle-même sommée avec les MIGAC et les trois enveloppes hors T2A pour former la partie établissements de santé de l'Ondam qui, agrégée avec celle de la ville constituera l'Ondam. Les arbitrages essentiels touchent clairement les équilibres entre ces différentes masses budgétaires.

■ **Dans cette affaire assez obscure, les tarifs dépendent de façon assez lâche des coûts.** On voit sur l'exemple de l'année 2012 que leur niveau dépend essentiellement de celui de l'activité ; d'ailleurs ils baissent en moyenne de 0,20% pour les établissements ex-DG hors convergence ciblée, et, sur les 7 dernières années ils ont évolué de 0,7%. Pour la campagne 2013, on ajustera les coûts ENCC au périmètre tarifaire à partir de l'enveloppe tarifaire 2012 (constituée donc de tarifs en diminution), quitte à trouver des résultats sensiblement éloignés des coûts réels (si tant est que l'on puisse parler de coûts réels).

Une question est de savoir dans quel ordre sont prises les sous-enveloppes, et plus **précisément si la sous-enveloppe « tarifs GHS », donc les tarifs, ne constituent pas une variable d'ajustement**, étant donné le caractère discrétionnaire qui préside à leur élaboration (on a moins de liberté sur d'autres enveloppes, comme les molécules onéreuses). Si c'est réellement le cas, on peut craindre un « décrochage » croissant des tarifs par rapport aux coûts.

Une autre question concerne les coûts de structure qui ne sont pas pris en compte dans les calculs de l'échelle de coûts vus précédemment. Comme

on ne sait pas si l'enveloppe tarifaire finance les coûts (coûts « réels » non transformés par le calcul d'enveloppe), a fortiori on ne sait pas si elle finance les coûts augmentés des coûts de structure. On peut espérer qu'elle en finance une partie (le reste étant financé hors tarifs, par exemple par la partie AC des MIGAC), mais on ne sait pas spécifier cette partie. **On ne peut donc pas dire grand-chose de la capacité des tarifs à couvrir le renouvellement des équipements hospitaliers.**

D'une façon générale, un tel système aboutit à des règles de financement continuellement changeantes d'une année sur l'autre (même si depuis l'année 2009, l'apparition de la V11, véritable rupture, a créé une certaine volonté de stabilisation), **rendant difficiles aux responsables d'établissements à la fois la gestion à court terme, et de surcroît la visibilité qu'ils peuvent avoir du moyen et long terme, par exemple sur les effets de leurs stratégies.**

Le régulateur n'est pas seul responsable de ce contexte mouvant. Interviennent également les demandes nombreuses de telle ou telle association ou de telle ou telle société savante ou encore de telle ou telle catégorie d'établissements, estimant que les pathologies de leur périmètre d'action sont mal prises en compte, ou encore les divers producteurs de savoir travaillant sur les outils, désirant les perfectionner, ce qui peut conduire du reste à un processus de modification infini, sans que ses avantages ne soient très clairs.

Avec des tarifs déconnectés des coûts, dans des proportions inconnues, et changeant continuellement, on conçoit qu'un tel système pose quelques difficultés à la gestion interne et au pilotage de l'hôpital ou de la clinique.

Il conviendrait sans doute d'instaurer davantage de transparence, en s'inspirant par exemple d'expériences étrangères, où le processus est structuré et ouvert à la concertation. Le recalage des tarifs sur les coûts ENCC (prôné par de nombreux observateurs) paraît de son côté un objet de débat essentiel.

Cette alchimie complexe peut conduire à des évolutions peu compréhensibles ; ainsi, si l'évolution des tarifs de l'hôpital public a été sur la période 2005-2012 de +0,7% sur sept années, elle est à mettre en parallèle avec l'évolution tendancielle des charges sur la même période qui était de l'ordre de 3% par année. Globalement il n'y a donc plus de sens à comparer les tarifs aux coûts.

Cependant, sur la même période, le financement des établissements de santé a été affiché en progression entre 2,5 et 3% par an, donc dans une fourchette inférieure à l'évolution des coûts mais néanmoins significativement proche. Le différentiel étant couvert par un plan annuel d'économies imposées.

Le différentiel entre le financement de l'activité et la part affectée au seul tarif a été absorbé par le financement de la liste en sus des médicaments et dispositifs médicaux implantables ainsi que par le financement du volume et la convergence tarifaire. Enfin, la gestion même de la politique tarifaire sur laquelle nous reviendrons explique ce différentiel.

Outre le cas particulier de la liste en sus, la variable majeure du financement est le volume d'activité. Elle constitue le levier quasi unique de régulation. **L'application quasi mécanique** de cet outil a transformé un système de financement qui se voulait initialement médicalisé en un **système de régulation purement comptable.**

Cette approche comptable a rendu le système illisible, illégitime et contesté dans les structures à activité adaptée au besoin. Elle a également généré des rentes dès lors que l'activité pouvait se développer, que ce soit pour des raisons de démographie populationnelle ou médicale, mais aussi éventuellement sur des actes non pertinents.

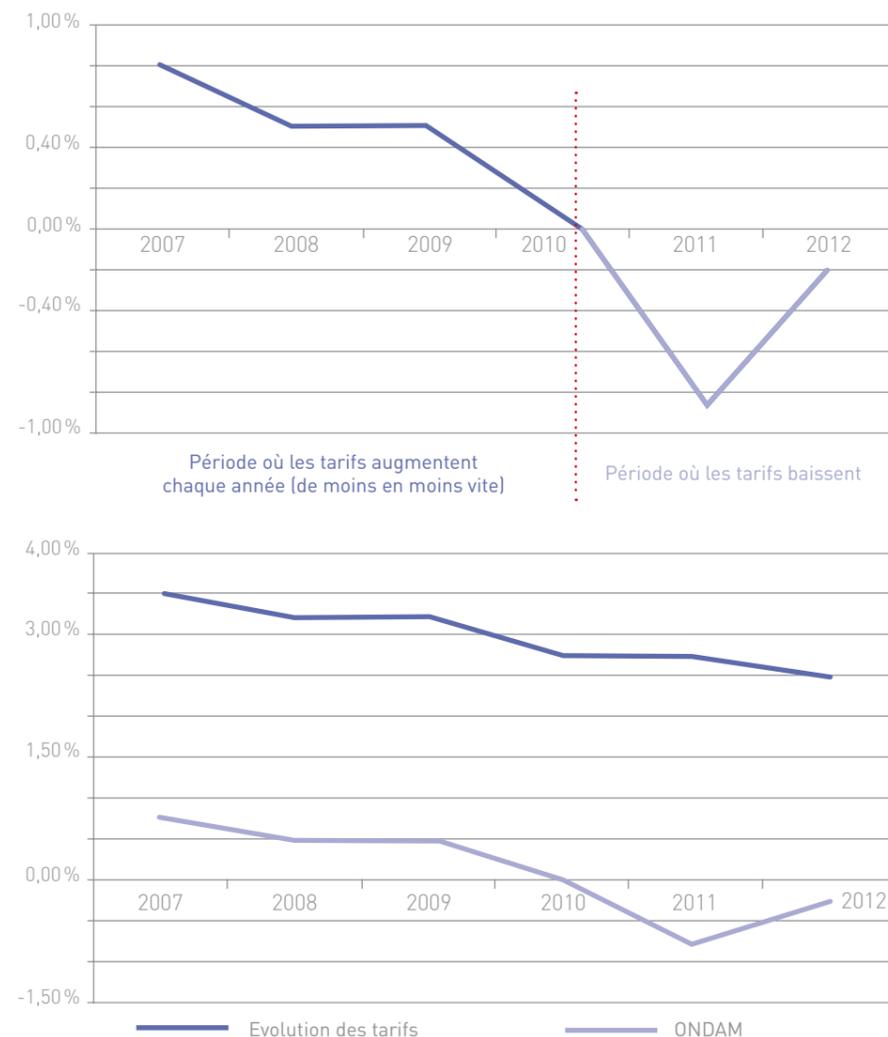
Evolution des tarifs

(Source : circulaires budgétaires annuelles. Traitement : pôle Finances de la FHF).

Campagne budgétaire	Taux de progression des tarifs du secteur ex-DGF
2007	+0.80 %
2008	+0.50 %
2009	+0.50 %
2010	0 %
2011	-0.83 %
2012	-0.19 %

Les tarifs ont initialement connu des augmentations modérées, et chaque année plus faibles, avant de décroître depuis la campagne 2011.

Evolution des tarifs du secteur ex-DGF sur la période 2007-2012



La France n'était pas le premier pays à introduire une tarification à l'activité des soins hospitaliers. En adoptant ce mode de paiement elle a rejoint une vingtaine de pays. Malgré des principes de base communs, ces systèmes de tarification à l'activité varient néanmoins dans leur architecture globale et chaque pays adopte les paramètres de fixation des tarifs en fonction de ses besoins et contraintes propres. La structure du système de tarification, la précision et l'homogénéité des classifications d'activité employées sont ainsi variables :

Surtout, la France est l'un des pays où la part de financement des établissements liée à la T2A est la plus importante (80%). La version 11 de la classification fran-

çaise a introduit au sein du même type de séjour un critère de sévérité (4 niveaux), et la France compte désormais 2 300 GHS.

1.2 Les suppléments et les bornes

Les tarifs GHS peuvent être modulés de suppléments le cas échéant (réanimation, soins intensifs, surveillance continue, néonatalogie...) et des règles spécifiques s'appliquent également pour les séjours dits extrêmes, « anormalement » courts ou longs par rapport à la Durée moyenne de séjours (DMS). Le séjour défini comme extrême bas (ou EXB) est valorisé à 50% du tarif du GHS. Pour chaque journée strictement supérieure à la borne, l'établissement facture un prix de journée supplémentaire, l'EXH, indiqué dans l'annexe à l'arrêté fixant annuellement les tarifs des GHS.

Ces ressources sont intégralement liées à l'activité et renforcent la complexité du modèle.

1.3 Les forfaits

Des financements mixtes viennent compléter le dispositif.

■ **Forfait annuel urgences (FAU) :**

- un forfait annuel visant à couvrir une partie des charges fixes (personnel, équipement) et évalué en fonction de l'activité des années précédentes.

- un tarif au passage, à un prix national et à une valeur unique (l'ATU) quelle que soit la prise en charge et non cumulable avec la facturation d'un GHS.

■ **Forfait coordinations des prélèvements d'organe (CPO) :**

- 5 niveaux de forfait en fonction de l'activité et des spécificités de l'établissement.

■ **Forfait annuel greffe (FAG) :**

- 6 niveaux selon l'activité et la nature des greffes réalisées pour couvrir les dépenses exceptionnelles liées à la greffe : déplacements des équipes de prélèvement, astreintes spécifiques, coordination de transplantation.

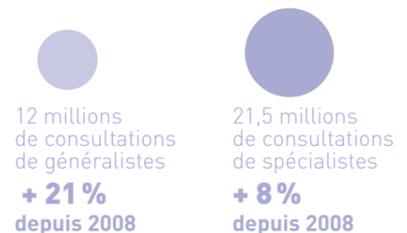
1.4 L'activité externe

Conceptuellement, son financement est bien lié directement à l'activité puisque sa facturation se pratique sur la base des nomenclatures... appliquées en médecine de ville, la Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) jusqu'en 2005, la Classification commune des actes médicaux (CCAM) depuis 2006.

Pourtant, l'activité externe est un point contradictoire majeur du système T2A : la politique financière semble ici être peu cohérente avec l'ambition politique qui promeut l'ambulatoire.

En effet, le rapport de l'Igas⁴ soulignait en mars dernier que « rien ne garantit que ces tarifs rendent compte des coûts hospitaliers. Il apparaît que cette activité est largement sous-rémunérée. Dans l'enveloppe fermée des financements hospitaliers, cela est sans impact sur les ressources totales allouées aux hôpitaux, mais pénalise ceux qui assurent une part importante d'activité externe.

Le dispositif s'inscrit manifestement à l'encontre d'une juste rémunération d'une activité qui connaît pourtant une forte croissance. L'hôpital public représente 33 millions de consultations, lesquelles sont sous-rémunérées.



⁴ « Evaluation des soins hospitaliers et des actes médicaux », Tome 1, Mars 2012.

Ce constat a d'ailleurs conduit la mission Igas à recommander d'approfondir le travail d'analyse des actes et consultations externes dans la perspective de créer un supplément aux tarifs de ville pour les actes réalisés dans les hôpitaux publics.

En conclusion, la réforme T2A a oublié les consultations externes.

1.5 MIGAC - MERRI

1.5-1 Les MIGAC

Les activités des établissements de santé ne se limitent pas à des activités productrices de soins quantifiables à travers les données du PMSI et facturables à l'Assurance maladie. Aussi, à travers la création de la dotation nationale de financement des MIGAC, partie intégrante de la réforme T2A, le législateur a entendu maintenir des sources de financement en dehors du principe général de la T2A. Cette dotation visait dans son esprit initial la compensation de charges liées à l'accomplissement de missions d'intérêt général.

Ces financements concernent en fait les activités difficilement identifiables par patient (actions de prévention ou dépistage, par exemple) ou nécessitant une permanence quel que soit le niveau effectif d'activité (Samu, centres antipoison, équipes mobiles de liaison, par exemple). Généralement assurées par les établissements publics, ces missions sont clairement identifiées et rémunérées par établissement, d'après une liste nationale.

La distinction communément admise retient trois grandes catégories de MIGAC :

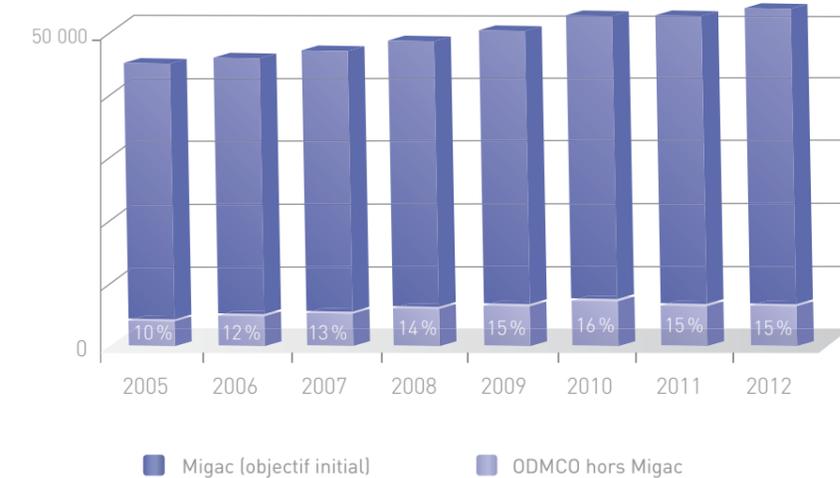
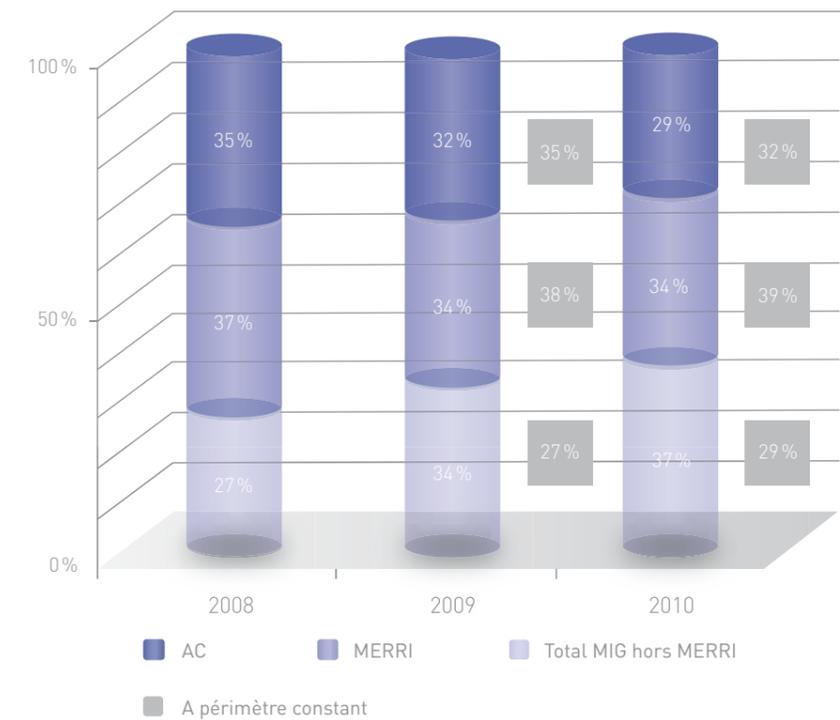
- Les MERRI ;
- Les Missions d'intérêt général (MIG) ;
- Les Aides à la contractualisation (AC).

Historiquement déterminées par les articles D.162-6 à D162-8 du code de la sécurité sociale en 2005, les catégories de MIG voient leur liste fixée par un arrêté mis à jour annuellement.

S'il s'est généralement agi de maintenance, une modification profonde de cette liste a été opérée en 2009. En effet, les financements de la permanence des soins (630 millions d'euros) et de la prise en charge des patients précaires ont été débasés des tarifs du secteur ex-DGF et ont abondé l'enveloppe MIGAC, bénéficiant à tous les établissements publics et privés.

En dépit de ce mouvement, et contrairement à l'idée communément admise, les MIGAC augmentent peu.

De plus, il faut garder à l'esprit que leur périmètre intègre (AC) les financements liés aux plans Hôpital 2007 et 2012.



Source : rapports du Parlement

A périmètre constant, la part MIGAC est toujours à 15% depuis 2008.

1.5-2 Les MERRI

Les MERRI, une complexité supplémentaire

Les MERRI forment une composante des MIGAC dont elles représentent environ 35% des montants (2,8 milliards d'euros sur 8,5 milliards en 2011). A ce titre elles sont censées financer des activités qui ne varient pas – ou peu – en fonction d'une activité quantifiée par des venues de patients (mis à part le recours dont on verra plus loin qu'il n'est pas vraiment pris en charge dans ce cadre).

Dès 1996 et jusqu'à l'avènement de la T2A, à l'époque du point ISA, une évaluation forfaitaire de ce que coûtaient ces activités avait été proposée. Sur les premiers exercices de l'ENCC, des surcoûts quasi systématiques avaient été mis en lumière pour deux catégories d'établissements, les CHU et les CLCC, et sur certains postes de dépenses (le personnel médical, les médicaments, le plateau technique), dont on pouvait penser qu'ils étaient impactés par les activités de type universitaire. Le surcoût global estimé s'élevait à 13% des dépenses totales des établissements concernés. Ce résultat a été pris en compte dans la régulation qui a suivi jusqu'en 2004, régulation qui, on le sait ne mobilisait que d'une façon facultative (et dans les faits relativement marginale) les résultats du PMSI et de l'ENCC : par exemple, quand dans une région on calculait la valeur du point ISA des établissements sous DG, on diminuait les budgets du ou des CHU et des CLCC de 13%⁵ pour établir la comparaison entre établissements en termes d'efficience.

Ce modèle a été progressivement et largement perfectionné sous le régime de la T2A. Si on s'intéresse à l'état actuel de la procédure de calcul de ces MIG, avant de la commenter, on peut la résumer de la façon suivante :

- Une enveloppe globale est fixée. On ne raisonne donc a priori plus par des surcoûts, mais il convient de noter que cette enveloppe n'est pas très différente de celle qui serait trouvée en prenant 13% des dépenses totales des établissements éligibles aux MERRI.

- Ces établissements éligibles sont toujours en premier lieu les CHU/R et CLCC, mais certains CH et EBNL, particulièrement actifs en matière de recherche, ont été ajoutés. Actuellement un peu plus de 80 hôpitaux perçoivent une allocation MERRI.

- L'enveloppe globale est partagée en trois sous-enveloppes :

1. Une part fixe, ventilée sur les établissements éligibles selon des montants qui dépendent linéairement des rémunérations des médecins, des dépenses du plateau technique, des dépenses administratives.

2. Une part modulable, elle-même divisée en un certain nombre de compartiments, l'un dépendant des publications scientifiques repérées dans les établissements éligibles, un autre du nombre d'étudiants formés dans ces mêmes établissements, un 3^e des essais cliniques mis en place.

3. Une part variable destinée à financer un certain nombre d'unités supports de la recherche : centres d'investigation clinique, directions de la recherche clinique, centres de référence des maladies rares, Programmes hospitaliers de recherche clinique (PHRC), etc.

- La part modulable est répartie selon un modèle lui-même assez complexe. Sans entrer dans les détails, la sous-part publications s'appuie sur le logiciel SIGAPS, conçu par le CHU de Lille, qui attribue un nombre de points à toute publication médicale impli-

⁵ Ce pourcentage a été progressivement modulé en fonction de l'établissement et de sa contribution à la recherche, mais on n'entrera pas ici dans les détails d'un dispositif qui n'a plus cours.

quant un hôpital, nombre de points qui dépend de la position des auteurs hospitaliers dans la liste des auteurs et du classement de la revue éditrice dans une catégorisation des revues liée à leur facteur d'impact. C'est ce nombre de points qui permet la ventilation de cette partie de l'enveloppe modulable sur les établissements éligibles.

Quant au montant lié aux essais cliniques, il est réparti grâce à un nombre de points affecté par un autre logiciel, SIGREC, également élaboré par le CHU de Lille, le nombre de points dépendant de la nature du promoteur (hôpital, société savante, industrie), du rôle de l'hôpital (promoteur, investigateur) et du nombre d'inclusions.

Commentaires

Ce dispositif, dont on voit qu'il s'est sensiblement écarté de son état initial, repose d'une part sur des études économétriques ayant montré des relations entre les coûts des hôpitaux et certaines des variables évoquées ci-dessus (publications, essais cliniques...) et d'autre part sur l'idée que le financement de la recherche doit être un effort national allant vers le développement d'une innovation de qualité. Cela explique la présence des variables « publications » et « essais cliniques » dans le calibrage des montants distribués aux établissements, variables se présentant moins comme des traceurs de coûts que comme des incitatifs. D'ailleurs, il est prévu que la part fixe soit réduite progressivement au bénéfice de la part modulable, pour disparaître en 2016.

Cela dit, on pourra noter que :

- L'effort national en question ne semble pas avoir évolué sensiblement depuis 1996, puisqu'il est toujours calé à environ 13% des budgets des établissements éligibles.

On ne sait pas si finalement le raison-

nement s'effectue en termes de cible ou de surcoûts. S'il s'agit de surcoûts les estimations du début de la période points ISA sont extrêmement contestables, les causalités susceptibles d'expliquer les 13% étant multiples, et en tout cas s'ajoutant aux ressources consacrées à la recherche. S'il s'agit de cible, force est de constater qu'elle est fixée dans un esprit plutôt conservatoire.

Or des observations de terrain montrent que la volonté de développer une activité de recherche croît dans les établissements de santé. Cette volonté doit s'appuyer sur une organisation adaptée, des expertises et bien sûr des ressources dédiées. Or, le constat est que les budgets alloués à la recherche varient, au mieux, dans les mêmes proportions que ce qui est consacré aux soins, ce qui n'est pas suffisant pour assurer le développement d'une recherche clinique de qualité et, moins encore, pour assurer « l'amorçage » d'une politique de recherche dans un établissement. Heureusement, d'autres dispositifs existent. Il s'agit notamment des Programmes hospitaliers de recherche clinique (PHRC), Programmes de soutien aux techniques innovantes (PSTIC), Programmes de recherche sur la performance du système de soins (PREPS), Programmes hospitalier de recherche infirmière et para-médicale (PHRIP), Contrats hospitaliers de recherche translationnelle (CHRT)... ; il s'agit également de structures de soutien à la recherche : Centre d'investigation clinique (CIC), Centre de recherche clinique (CRC), Centre de ressources biologiques (CRB)...

Néanmoins le raisonnement « en enveloppes », décliné à partir de l'Ondam est omniprésent. Le problème est que, comme pour les tarifs GHS, on a affaire à un processus de décision limité aux directions administratives,

peu ouvert sur l'extérieur, fixant des enveloppes, des sous-enveloppes, et des sous-sous-enveloppes sur des considérations et des critères pas toujours transparents. Là aussi, le caractère conventionnel de cette cascade de choix s'accompagne de développements sophistiqués, minutieux, et souvent complexes (SIGAPS + SIGREC), le contraste de ces deux approches (la décision souveraine du régulateur et l'économétrie sophistiquée) est frappant.

- Le choix des établissements éligibles obéit à un seuil (entre ceux qui font beaucoup de recherche et ceux qui en font un peu), seuil dont la fixation relève là encore le plus souvent de la décision souveraine, même si quelques mécanismes se mettent en place (CRC par exemple).

- D'après les paramètres pris en compte, le dispositif finance essentiellement la recherche clinique, y compris la recherche en santé publique. Or, il existe aussi une recherche dite translationnelle, qui fait le pont entre fondamental et clinique et qui commence également à être prise en compte (CHRT).

- Cette focalisation sur la recherche clinique fait que le « E » de MERRI (Enseignement) est également peu présent dans la procédure. On peut s'étonner que seuls les étudiants hospitaliers sont pris en compte et non les internes. La justification d'un tel choix est que l'interne est concrètement en charge d'une activité de soins et qu'il ne fait pas que coûter. Producteur de soins, il est générateur de ressources. Le problème est que cette assertion correcte a des conséquences (bilan coût/avantage d'un interne) très variables selon la position de l'interne dans son cursus, la discipline qui l'accueille, ainsi que l'établissement. Ce problème devra être suivi et analysé

avec attention en raison de l'augmentation du numerus clausus.

De même, est totalement absente des paramètres des MERRI la formation des paramédicaux, pourtant consommatrice, comme pour les internes, d'une part non négligeable de temps encadrant (par compagnonnage).

Le R (Recours) est également absent et semble être là pour des raisons historiques. En fait, une hypothèse implicite semble être qu'enseignement, recours, innovation varient dans les mêmes proportions que la recherche clinique, ce qui n'est ni forcément faux ni vérifié aujourd'hui.

Il s'agit là d'un problème plus difficile encore à traiter par la modélisation que les processus de soins (pris de leur côté en charge par un PMSI imparfait). L'incursion d'un observateur dans certains services de soins lui montre vite qu'en fait processus de soins, de recherche, d'enseignement et d'innovation sont étroitement imbriqués et que les séparer pour les formaliser individuellement peut être remis en cause.

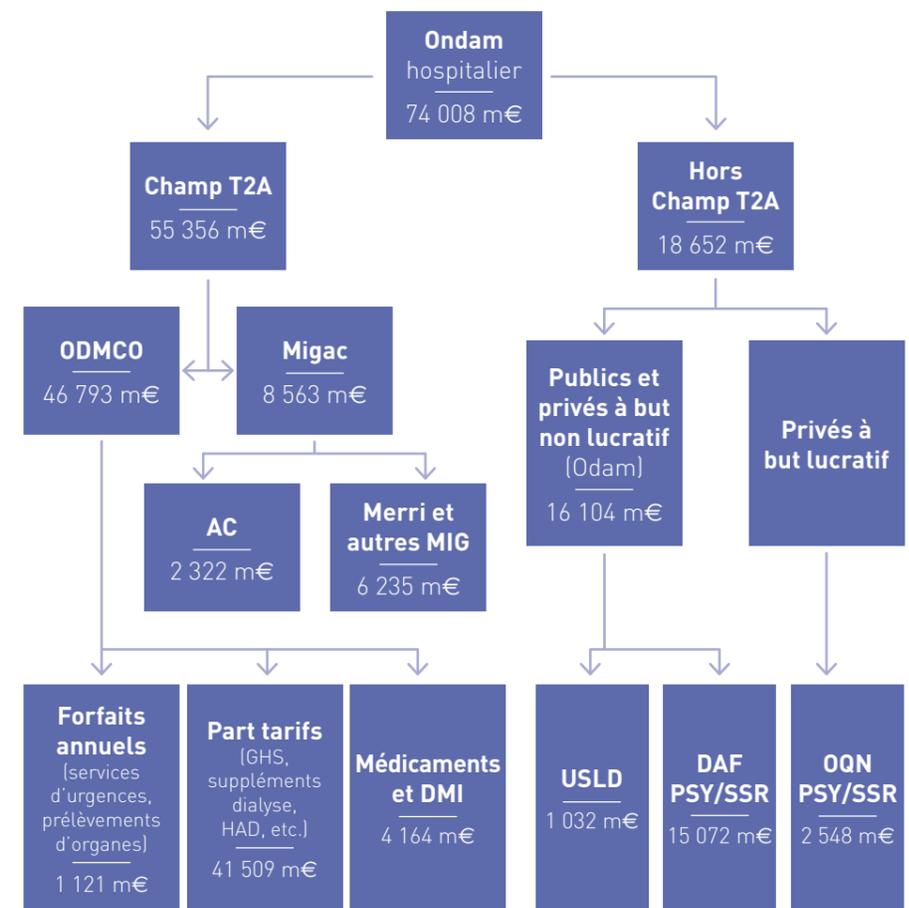
C'est la raison pour laquelle, certains préconisent l'abandon de la démarche consistant à mesurer l'existant et l'adoption généralisée d'un financement sur projets (cf. la mission Igas de 2009 sur les MIG), consistant à dédommager les établissements des surcoûts engendrés par les opérations de recherche entreprises par les professionnels, estimés cette fois avec précision, projet par projet. L'enseignement quant à lui donnerait lieu au versement de forfaits par « formé », ajusté selon la nature de ce dernier (étudiant, interne, paramédical...) et de son cursus.

Une telle solution résout bon nombre de questions posées ci-dessus, tout en suscitant de nouvelles (par exemple

celle d'une structure d'évaluation de projets nécessairement très lourde). Le régulateur a fait un pas malgré tout dans cette direction, en introduisant des incitatifs au développement de projets.

Pour l'instant, les MERRI apparaissent comme un pis-aller générant une insatisfaction larvée. Dans la configuration actuelle, une certaine stabilité est néanmoins incontournable car augmenter les MERRI (2,8 milliards d'euros aujourd'hui) pour stimuler la recherche médicale, c'est diminuer les autres enveloppes constituant l'Ondam, éventuellement in fine les tarifs de GHS. Evidemment cette constatation ne donne pas une image très dynamique d'une quelconque politique de recherche. En tout cas cela explique que nous sommes partis d'un chiffre magique (les 13%)... et que dans les faits, indépendamment d'une sophistication du modèle, nous y sommes restés.

La décomposition de l'Ondam hospitalier en 2012 (hors Fmespp) en millions d'euros



Source : rapport de la MECSS-Sénat sur le financement des établissements de santé

02 LES RÉSULTATS, COMMENT LES ÉCLAIRER

2.1 Les contraintes connues

2.1-1 La contrainte resserrée de l'Ondam et la regulation prix-volume

La T2A a été mise en œuvre dans un Ondam contraint sur la période 2005-2012.

L'évolution tendancielle des charges et le taux de progression de l'Ondam, arrêté par le Gouvernement, conduisent chaque année à intégrer, en construction de l'Ondam, des économies, comme en témoigne le tableau ci-dessous.

	Economies imposées annuellement aux établissements de santé	Evolution de l'Ondam
2005	150 M €	
2006	560 M €	
2007	233 M €	3,50 %
2008	397 M €	3,20 %
2009	300 M €	3,20 %
2010	444 M €	2,80 %
2011	366 M €	2,80 %
2012	450 M €	2,56 %
	2 900 M € en 8 ans	

Il ne s'agit donc pas là de mesures d'économies qui résultent d'une volonté politique mais qui sont générées par la construction du modèle et les contraintes financières. A celles-ci peuvent s'ajouter des mesures volontairement imposées d'effort d'économies.

Au-delà de cette contrainte, il faut garder à l'esprit que le système T2A est lié à une régulation prix-volume. Cela signifie que lors de la construction de la campagne budgétaire et tarifaire, les tarifs subissent un ajustement préalable selon la prévision d'évolution de l'activité. Si la maîtrise globale des dépenses hospitalières est assurée par les objectifs de dépenses définis à partir de l'Ondam, le mécanisme prix-volume retenu prévoit donc en outre une baisse des tarifs en cas d'augmentation de l'activité hospitalière globale et non en fonction des évolutions d'activité de chaque établissement. Il ne distingue donc pas les différentes activités produites et ne prend pas en compte l'effort individuel des établissements. Cette régulation peut donc pénaliser l'ensemble des activités médicales de l'hôpital alors que l'augmentation de l'activité concerne avant tout les explorations fonctionnelles et la chirurgie. Et ceci alors que tout laisse à penser par ailleurs que les GHM de médecine sont déjà sous-valorisés...

Le rapport de la MECSS du Sénat soulignait également en juillet dernier que ce choix méthodologique est daté : « cette méthode est décourageante pour les établissements et peu pertinente économiquement (...). Qui plus est, elle a été adoptée car elle est puissante et efficace, mais aussi parce que n'existaient pas les autres mécanismes d'alerte mis en place depuis lors. Le rapport Briet a permis de conforter plusieurs dispositifs qui complètent la panoplie à la disposition des pouvoirs publics pour réguler les dépenses, en particulier au niveau infra-annuel : comité de pilotage de l'Ondam, amélioration des outils statistiques, renforcement des compétences du comité d'alerte dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011... », avant de proposer de réformer la méthode pour la rapprocher de l'évolution de l'activité de chaque établissement.

La régulation actuelle n'est pas médicalisée mais comptable. Elle ne relève pas d'une politique de régulation de l'offre assise sur des principes de base sanitaires.

2.1-2 La convergence tarifaire

Face à un système hospitalier de santé pluraliste où coexistent acteurs publics et privés et concomitamment à l'introduction de la T2A, le législateur a introduit une exigence supplémentaire. Il s'agit de la convergence intersectorielle, définie par la Loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) pour 2004 (VII de l'article 33) et qui consiste à rapprocher les deux échelles tarifaires applicables aux établissements anciennement ex-DG et ex-QQN. Ces établissements assurant des activités, missions et obligations différentes, il était prévu dans les textes que la convergence ne concernerait que des prestations homogènes, et ce après avoir clarifié préalablement les différences dans la

nature des activités assurées et des charges supportées.

Initialement fixé à 2012, le terme de la convergence a été reporté à 2018 par la LFSS pour 2010 avant que le Projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS) 2013 y mette un terme définitif.

Chaque année, les modalités de la convergence ont évolué au fil des lois de financement de la sécurité sociale.

- **LFSS pour 2004** : la convergence prévue par la loi doit s'opérer « dans la limite des écarts de coûts justifiés par des différences dans la nature des charges couvertes par ces tarifs ».

- **LFSS pour 2005** : « VII- Pour les années 2005 à 2012, outre les éléments prévus au II de l'article L.16262269 du code de la sécurité sociale, les tarifs nationaux de prestations mentionnés au 1° de l'article L.162-22-10 du même code sont fixés en tenant compte du processus de convergence entre les tarifs nationaux des établissements mentionnés aux a, b et c de l'article L.162-22-6 dudit code et ceux des établissements mentionnés au d du même article, devant être achevé, dans la limite des écarts justifiés par des différences dans la nature des charges couvertes par ces tarifs, au plus tard en 2012. L'objectif de convergence des tarifs devra être atteint à 50 % en 2008 ».

- **LFSS pour 2008** : « Ce processus de convergence est orienté vers les tarifs des établissements mentionnés au d de l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale ». Etaient ainsi expressément visés les tarifs des cliniques privées, considérés par l'Igas dans son rapport de janvier 2006 comme ceux des établissements globalement les plus efficaces.

- **LFSS pour 2010** : « Le 2^e Le premier alinéa du VII est ainsi modifié » :

a) L'année : « 2012 » est remplacée, trois fois, par l'année : « 2018 » ;

b) A la dernière phrase, le mot : « octobre » est remplacé par le mot : « septembre » ;

c) Est ajoutée une phrase ainsi rédigée :
« Ce bilan contient également un programme précisant la méthode et les étapes permettant de progresser dans la réalisation de la convergence intersectorielle des tarifs avant l'échéance de 2018 ».

- **LFSS pour 2011** : article 68 : les tarifs ne sont plus orientés vers les tarifs des établissements privés mais vers les tarifs les plus bas.

L'objectif poursuivi par le législateur était de tendre vers le tarif le plus bas ou le plus efficient, tous secteurs confondus, comme le démontre l'exposé des motifs de la LFSS pour 2005.

Cet objectif initial ne pouvait donc être atteint complètement qu'après avoir modifié l'article 33 afin qu'il mentionne le tarif le plus bas en tant que tel, sans exclusive. C'est pourquoi la LFSS pour 2011 a permis cette modification conforme à l'esprit initial de la loi.

- **PLFSS pour 2013** : abrogation de la convergence tarifaire entre les secteurs public et privé.

L'article 47 indique que « les dispositions du VII de l'article 33 de la loi n°2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 et du 3° de l'article L162-22-19 du code de la sécurité sociale sont abrogées en indiquant que ces abrogations se situent dans la perspective d'une redéfinition du service public hospitalier ».

Avant toute chose, il importe de rappeler qu'un élément de différenciation public/privé réside dans le périmètre des tarifs qui n'est pas identique dans les deux secteurs, ceux du secteur privé étant par exemple affichés hors honoraires (médicaux et relatifs aux activités médico-techniques notamment). Il convient donc de les ajouter pour définir le niveau de convergence des tarifs du secteur ex-DG.

Le tableau ci-dessous décrit les différences de périmètres de charges couvertes par les tarifs.

Secteur public			
Hors tarif	Inclus dans tarif	Inclus dans tarif	Hors tarif
Honoraires médecins (uniquement dans le cadre de l'activité libérale des PH)	Rémunérations personnels médicaux, y compris charges sociales		Honoraires médecins Exonération des charges sociales en secteur 1
	Rémunérations personnels non médicaux	Rémunérations personnels non médicaux	Honoraires auxiliaires médicaux hors infirmiers (2° R 162-32-1 CSS)
			Forfait « haute technicité »
Liste en sus Médicaments / dispositifs médicaux implantables	Fournitures médicales, médicaments / dispositifs médicaux (hors listes)	Fournitures médicales, médicaments / dispositifs médicaux (hors listes)	Liste en sus Médicaments / dispositifs médicaux implantables
	Actes de biologie, d'imagerie, d'explorations fonctionnelles		Actes de biologie, d'imagerie, d'explorations fonctionnelles
Transports	Transports secondaires (inter-établissement) non définitifs		Transports
	Charges logistiques, hôtelières et générales	Charges logistiques, hôtelières et générales	

Source : DGOS

La convergence tarifaire s'est en réalité appliquée au cours des campagnes successives, et pour un montant significatif :

Année	Nombre de GHS convergents	Economies assurance maladie
2010	35	150 M €
2011	193	150 M €
2012	432	100 M €

Toutefois, les conditions techniques de la convergence n'étaient pas réunies, et elle s'est opérée en dépit des différences de patientèles, de la structure d'activité, de la lourdeur des séjours ainsi que du contenu médical. Par ailleurs, elle a trop souvent été univoque et la possibilité d'aligner les tarifs privés vers ceux du public a été négligée.

La convergence vers les tarifs les plus bas ?

Des sources d'économies existent. Appliquer la convergence vers les tarifs les plus bas, repérés parmi ceux du secteur public, aurait pu engendrer une économie considérable. Ainsi, pour 239 GHS présentant un tarif moyen supérieur pour le secteur ex-OQN, la masse financière aurait représenté 2,1 milliards d'euros, soit 20 % de la masse du secteur (cf. Rapport 2011 au Parlement sur la convergence tarifaire, p. 25, http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_convergence_au_Parlement_2011_4_1_191011.pdf).

Exemples de GHM éligibles à une convergence vers le tarif du public :

A eux trois, ils auraient généré plus de 100 millions d'euros d'économies pour l'Assurance maladie.

Tarif 2011 (honoraires inclus)	
05K061 Endoprothèses vasculaires sans infarctus du myocarde de niveau 1	
Privé	3 845,66
Public	2 543,61
Ecart	51 %
Economie potentielle	56 963 385
05K101 Actes diagnostiques par voie vasculaire de niveau 1	
Privé	2 142,89
Public	1 546,03
Ecart	39 %
Economie potentielle	35 131 180
05K051 Endoprothèses vasculaires et infarctus du myocarde de niveau 1	
Privé	4 367,56
Public	2 703,00
Ecart	62 %
Economie potentielle	9 351 498

L'outil de suivi de la progression de la convergence tarifaire consiste en un calcul de l'écart facial entre les tarifs des deux secteurs, mais à y regarder de plus près, nous observons que la convergence « officielle » n'explique pas à elle seule les économies observées.

L'écart facial ou comment la convergence officielle n'explique pas tout

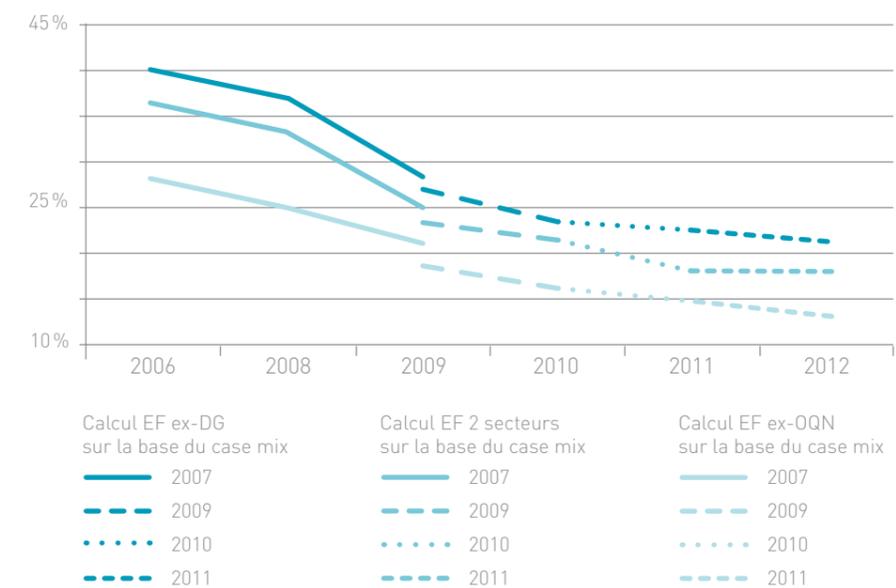
En 2011, les 150 millions affichés comme gains générés par la mise en œuvre de la convergence tarifaire officielle n'expliquent que 0,5 point de la diminution de l'écart facial. Dès lors, nous ne pouvons qu'imaginer qu'elle s'est accompagnée d'une convergence « cachée » impossible à appréhender dans le détail.

L'écart facial depuis 2006

Type d'activité retenue	Ratio (public-privé) public en masse					
	2006	2008	2009	2010*	2011*	2012*
Ex-OQN	28,7%	25,1%	20,7%	17,1%	14,6%	13,6%
Ex-DG	40,1%	36,9%	26,8%	23,8%	21,6%	21,4%
Deux secteurs	36,1%	32,8%	24,7%	21,6%	19,3%	18,9%
Evolution de l'écart facial mesuré sur la base d'activité du secteur ex-DG		-3,2%	-10,0%	-2,2%	-2,4%	-0,6%
Année de l'activité de référence	2007	2007	2007	2009	2010	2011

* Les chiffres 2010, 2011 et 2012 ne sont pas comparables aux chiffres des années antérieures ni entre eux, cf. infra. Source : ATIH

Evolution de l'écart facial de 2006 à 2012



En conclusion, il apparaît évident que l'objectif visait la réalisation d'économies, pour l'Assurance maladie, ce qui est non seulement acceptable mais partagé par les acteurs hospitaliers dans un contexte socio-économique contraint.

L'incompréhension réside dans la nécessité qu'il y avait à assurer la faisabilité technique avant de mettre en œuvre la convergence. Cette précaution n'ayant pas été prise, cette mesure n'a semblé que portée par une idéologie.

Il est à ce sujet intéressant de prendre connaissance du Rapport annuel au Parlement sur le financement des établissements de santé (http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_au_parlement_10092012-3.pdf). Celui-ci énonce que « la convergence ciblée fondée sur une logique médico-économique a atteint ses limites : les deux secteurs ont des missions différentes et complémentaires [...] »

Des différences de fond existent entre les établissements de santé, en termes de modes de prises en charge, de contraintes d'organisation ou de coût des personnels. La spécificité des missions réalisées par l'hôpital public, notamment en termes de populations prises en charge, doit être reconnue et valorisée. En outre, sur l'hospitalisation des patients, le secteur public réalise 40 % de son activité sur des prises en charges peu standardisées, non décrites par des actes (médecine hors techniques interventionnelles), quand le secteur privé est positionné sur des prises en charges financées « à l'acte » pour près de 90 % de l'activité du secteur (chirurgie, techniques interventionnelles, maternité).

En pratique, entre 2006 et 2011, l'écart facial des tarifs entre les deux secteurs s'est réduit de moitié. Mais, de fait, les principes mêmes qui ont fondé la convergence tarifaire ne sont que par-

tiellement équitables. D'une part, le rapprochement des tarifs, alors même qu'ils reposent sur des coûts moyens objectivement différents, est partiellement arbitraire. D'autre part, des différences fondamentales existent entre les établissements de santé, qu'il s'agisse des modes de prises en charge, des contraintes d'organisation, du coût des personnels, des populations accueillies et prises en charge ou de la capacité de programmation de l'activité. Le secteur public accueille par exemple davantage de patients en situation de précarité ainsi que des prises en charge plus complexes [...] ».

Les rapports annuels successifs au Parlement décrivent tous le **souci d'une certaine soutenabilité des ajustements du modèle pour les établissements. Ces derniers n'ont nullement ressenti cette préoccupation.**

2.2 Des réalités méconnues

2.2-1 Les différences de patientèles des deux secteurs

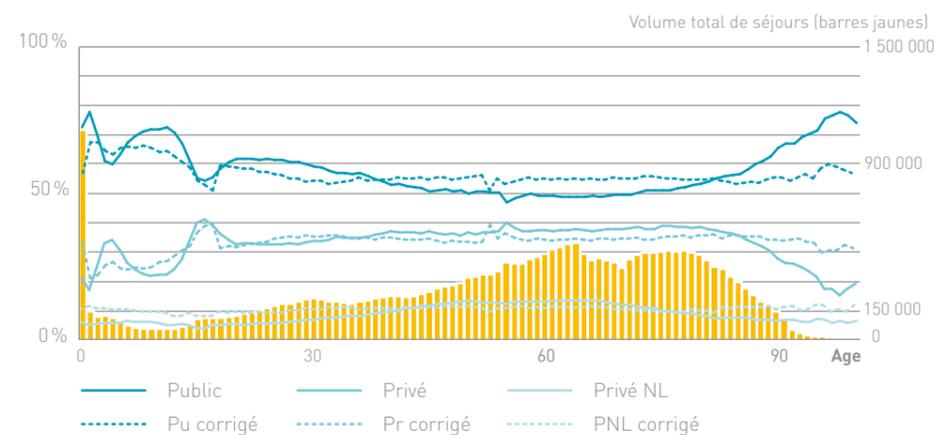
Etude de la part de marché en fonction de l'âge des patients - année 2011

L'influence de l'âge sur les parts de marché publiques/parapubliques et privées est ici observée. On étudie d'une part cette influence sur l'activité globale, puis découpée en hospitalisation complète (HC) et d'autre part en ambulatoire, puis en chirurgie (découpée en ambulatoire/HC), en médecine (ambulatoire ou HC) et enfin en obstétrique (idem).

Dans chacune des neuf catégories, on distingue **la part de marché réelle** selon les âges et **la part de marché corrigée** des profils d'activité. La part de marché réelle non corrigée représente la part brute selon la population réellement accueillie par les établissements. La part corrigée fournit la part de marché à activité comparable

(car en réalité le public est naturellement orienté vers des activités tournées vers les personnes âgées et il est logique qu'en volume il accueille plus de personnes âgées). Cela permet de voir, si à l'intérieur des activités étudiées, l'âge influence la part de marché.

Toute l'activité MCO (HC + hospitalisation de moins de 24h + séances)



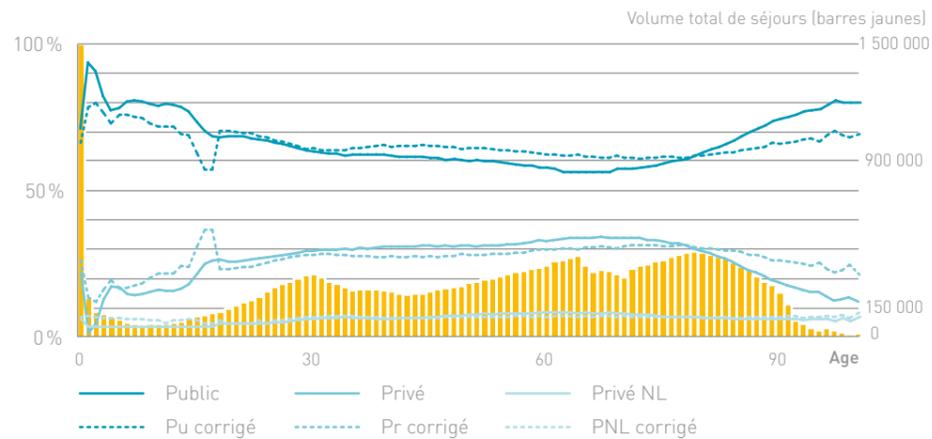
Sources : Base nationale PMSI 2011 ATIH - FHF/BDHF

Exemple de lecture : les patients de 94 ans (cette population représente environ 29 000 séjours et séances) se trouvent à 70 % dans le secteur public, à 24 % dans le secteur privé commercial et à 6 % dans le secteur privé non lucratif. Si toutefois on corrige de la nature d'activité couverte par chacun des secteurs, on constate que la part du public pour les patients de cet âge est de 57 % (si le public avait le même profil d'activité que celui du case mix global national).

Ces courbes permettent plusieurs constats, notamment :

- **Le secteur public est très nettement porté sur les pathologies fréquentes chez les personnes âgées ;**
- Même lorsque l'on corrige la nature d'activité, on constate que les effets perdurent (de façon moins forte), ce qui veut dire qu'**à pathologies ou prises en charge égales, le secteur public prend en charge davantage les patients âgés ;**
- Les observations sont identiques pour la prise en charge des nourrissons et des jeunes enfants (avec un pic aux alentours de 4/5 ans – effet des actes en ORL effectués nettement plus souvent dans le privé) ;
- A partir de 15-16 ans, le secteur privé obtient une part de marché autour de 40-45 % qu'il conserve jusqu'au seuil de 70/75 ans qui constitue une rupture importante, le pic observé vers 15/16 ans est lié aux prises en charge en stomatologie (actes plus courants dans le privé) et le creux observé à 20 ans et qui se comble lentement jusqu'à 40 ans est lié à la grossesse préférentiellement prise en charge par le public.

Hospitalisation complète (ensemble médecine, chirurgie, obstétrique)

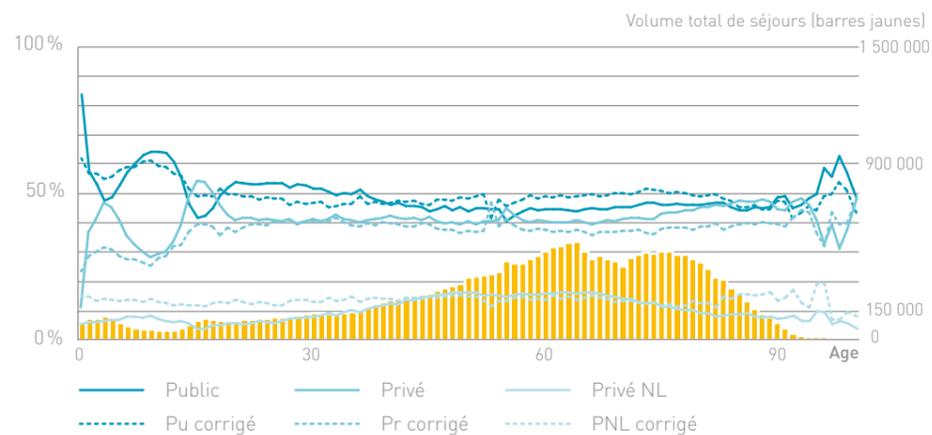


A noter : la 1^{re} barre grise est tronquée (volume de séjours pour patients de 0 an : 1 024 323 unités)

En hospitalisation complète, les différences majeures sont :

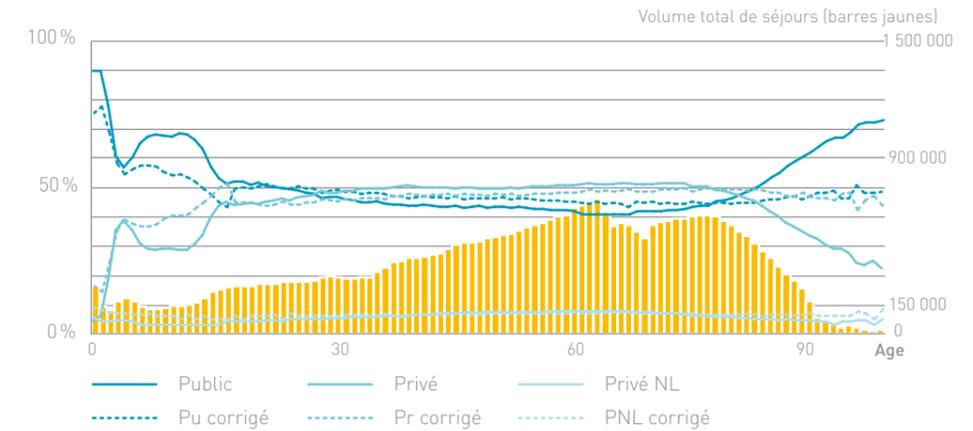
- Le niveau de la part de marché du public est plus élevé ;
- Le pic du privé autour de 5 ans disparaît quasiment (les pathologies concernées par ce pic sont des prises essentiellement ambulatoires) mais il est remplacé par un pic pour les très jeunes enfants dans le public.

Hospitalisation de moins de 24h, dont séances (ensemble MCO)



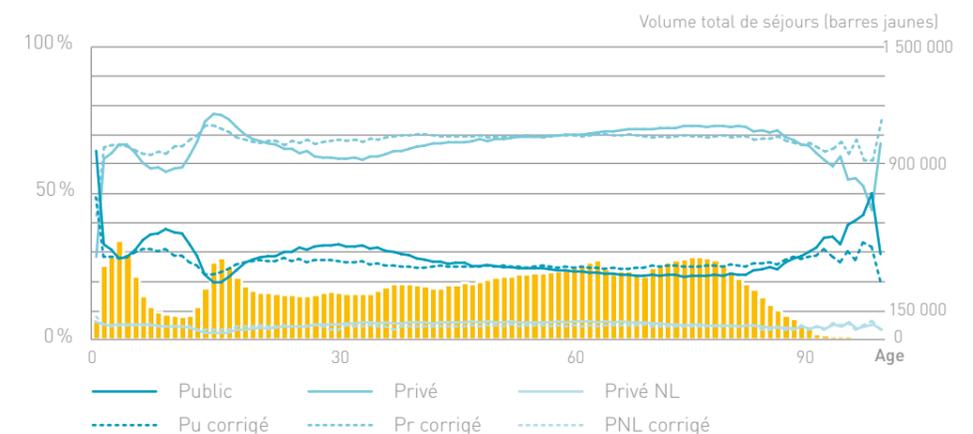
La prise en charge en ambulatoire distingue de nombreuses situations, mais globalement, hormis quelques rares cas, le partage est assez équilibré (les pics observés pour les enfants/adolescents correspondent aux prises en charge en ORL et stomatologie fréquentes à ces âges-là et pour lesquelles le privé est majoritaire). En dehors de ces âges spécifiques (4/5 ans et 15/16 ans), on constate que le public est plutôt majoritaire chez l'enfant.

Chirurgie en HC



En chirurgie HC, les deux secteurs principaux (public/privé lucratif) sont assez comparables en termes de parts de marché sur les âges 18/80 ans. A ces deux seuils on observe des ruptures et le public devient nettement majoritaire. Néanmoins, ils n'expriment pas la même chose. Pour les personnes âgées, on observe qu'à pathologies équivalentes (lignes pointillées), le public et le privé conservent des parts équivalentes quel que soit l'âge : cela veut dire que sur les prises en charge communes, il n'y a pas de distinction importante d'âges. En revanche, cela veut aussi dire que le privé est très peu positionné sur les prises en charges chirurgicales typiques des personnes âgées, généralement à plus haut taux de « risque » (au sens financier du terme). A l'inverse (pour les enfants), les courbes brutes et corrigées conservent la même forme, cela veut dire que le public est majoritaire sur ces prises en charge, et il semble que cela concerne toutes les chirurgies en général (la chirurgie pédiatrique en HC est essentiellement publique quelle que soit la spécialité).

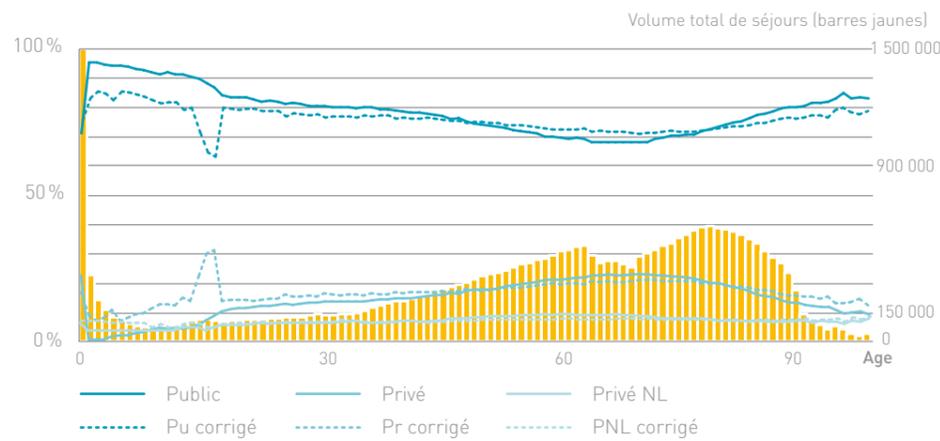
Chirurgie de moins de 24h



Sources : Base nationale PMSI 2011 ATIH - FHF/BDHF

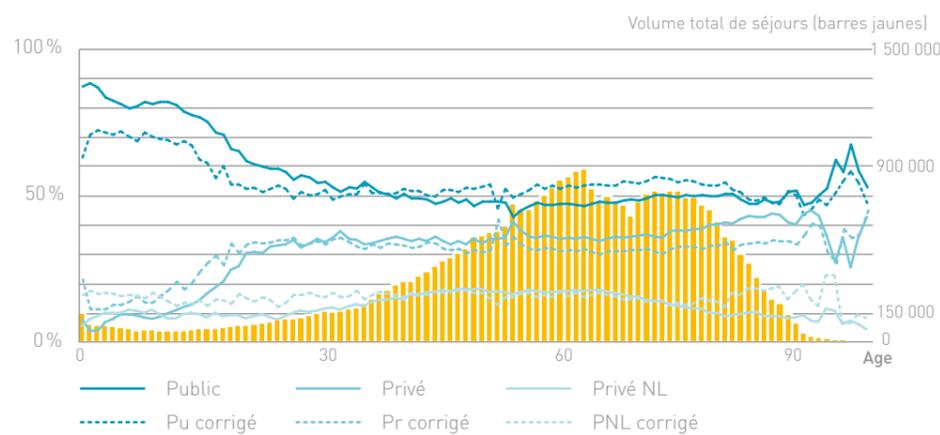
Ici, on le sait, le privé est très nettement majoritaire (généralement entre 60 % et 75 % des prises en charge). Les seuls cas particuliers concernent les nourrissons et éventuellement quelques prises en charges de personnes très âgées. On observe ici aussi les deux pics chez les 4/5 ans (ORL) et les 15/16 ans (stomatologie). La standardisation par pathologies ne modifie pas tellement le constat, le secteur public présente un important retard sur ce type de prises en charge. On notera également que le profil des volumes par âge est très différent de celui de la chirurgie en HC.

Part de marché - Médecine en HC



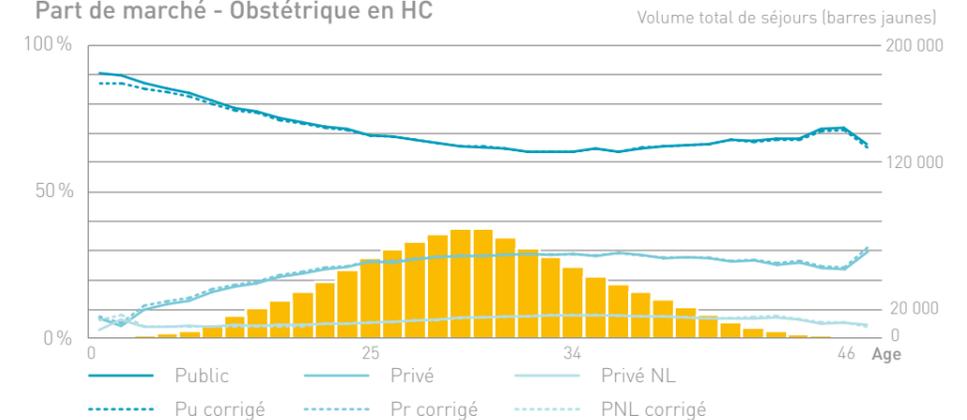
Le partage de la médecine en hospitalisation complète se passe de commentaires tant le public est dominant de façon écrasante, quel que soit l'âge des patients, et de façon accrue aux âges extrêmes de la vie (70 % à 95 % de part selon les âges), les deux secteurs ne se situant pas du tout sur le même marché. La barre à 0 an concerne essentiellement les nouveau-nés. Cette barre est tronquée (elle écrase le reste puisqu'elle atteint 999 675 séjours contre moins de 120 000 maximum pour les autres âges).

Part de marché - Médecine de moins de 24h (dont séances)



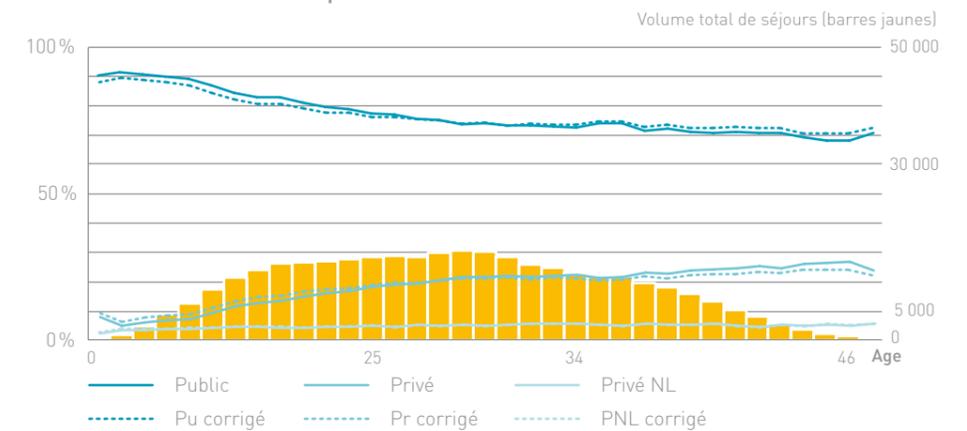
La prise en charge ambulatoire en médecine est dominée globalement par le secteur public quel que soit l'âge (des ¾ des séjours sous 18 ans, la moitié ensuite sachant que le privé lucratif ne détient qu'un tiers de la part, le reste étant détenu par le privé non lucratif). La correction ne modifie que très peu le constat.

Part de marché - Obstétrique en HC



Il est intéressant de constater que l'âge de la mère a également une importance dans la part de marché en obstétrique. Le public est toujours nettement majoritaire, mais la courbe indique qu'aux jeunes âges (14-25 ans) cette domination est accrue ainsi qu'au-delà de 40 ans. Le privé se positionne essentiellement sur les prises en charge courantes de la grossesse (en termes d'âge de la mère).

Part de marché - Obstétrique de moins de 24h



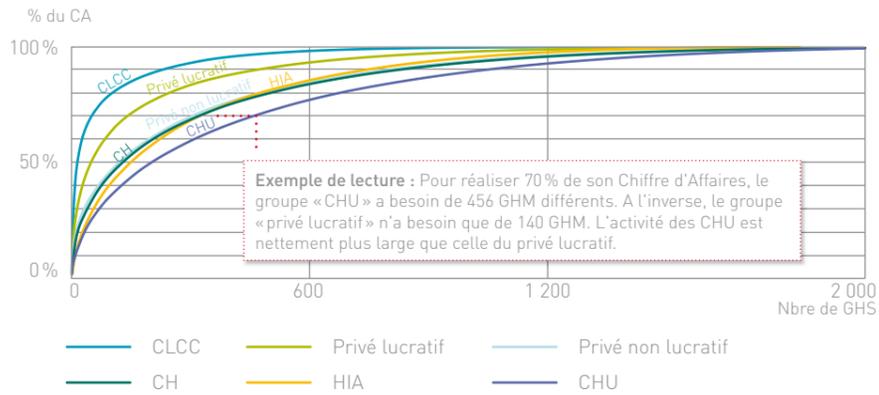
La majorité des prises en charge concernent les IVG (80 % de part de marché pour le public), les pathologies de l'ante partum (spécialité du public qui détient 81 % de cette prise en charge) et les avortements instrumentaux qui sont plutôt une spécialité du privé lucratif qui détient 41 % de cette prise en charge contre seulement 20 % en moyenne des autres prises en charge.

On constate ici, que la part de marché du public décroît régulièrement avec l'âge. Elle démarre aux alentours de 90 % pour les patientes de quinze ans et décroît jusqu'à atteindre environ 65 % pour les patientes de 45 ans et +.

Sources : Base nationale PMSI 2011 ATI - FHF/BDHF

2.2-2 Une structure d'activité différenciée

Part du Chiffre d'affaires en fonction du nombre de GHS

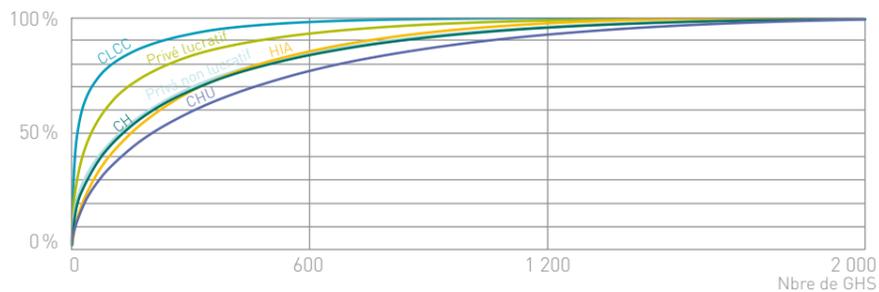


Sources : base PMSI 2011 - ATIH - FHF/BDHF

Etude de l'étendue de l'activité des établissements MCO en 2011, par catégories d'établissements

01_Par catégories d'établissement (globalité de la catégorie)

Nombre de GHS (en abscisse) pour obtenir x % (en ordonnée) du C.A.



Sans surprise, nous constatons de très grandes différences de concentration d'activité par types d'établissement. Les Centres de lutte contre le cancer (CLCC) ont une activité, par définition, ultra concentrée sur une poignée de GHS (15 GHS suffisent à faire 50% du chiffre d'affaires global du regroupement des CLCC et pour atteindre 80% du chiffre d'affaires il faut 102 GHS).

Le secteur privé lucratif possède également une gamme d'activité assez restreinte puisque les 50 GHS pour lesquels les chiffres d'affaires sont les plus importants totalisent 50% du chiffre d'affaires global du secteur. A l'extrême inverse, on trouve les CHU, qui pour obtenir 50% de leur chiffre d'affaires doivent conserver au moins 202 GHS (soit le quadruple des privés). Les centres hospitaliers et les établissements privés non lucratif (hors CLCC) ont un comportement comparable. Les Hôpitaux d'instruction des armées (HIA) se situent entre les CHU et les centres hospitaliers.

Sur le tableau ci-dessous, on voit aussi par exemple que 463 GHS font 90% du chiffre d'affaires du secteur privé lucratif, alors qu'il en faut 1038 pour les CHU. Cet écart s'est accru en 2011.

% du CA	CH	CHU	CLCC	HIA	PNL	Privé
50%	127	202	15	148	121	51
80%	494	672	102	473	473	245
90%	811	1038	226	738	790	463

Figurent en annexe les listes des 5 GHS qui rapportent le plus de chiffres d'affaires pour chaque type de structure⁶. Ces listes suffisent à démontrer que le secteur privé lucratif n'est pas positionné du tout sur les mêmes secteurs d'activité que le secteur public (la cataracte en ambulatoire, GHS n°1 dans le secteur privé lucratif qui à lui seul amène 5,2% du chiffre d'affaires global des cliniques, n'est que 15 dans les CHU pour seulement avec 0,50% du chiffre d'affaires global, la différence est encore plus marquée sur le GHS n°2 dans le privé – endoscopies digestives diagnostiques en ambulatoire – qui n'est que 88 dans les CHU).

Si on ne s'intéresse qu'aux racines des GHM (5 digits) afin de neutraliser l'effet « sévérité des cas », on obtient les chiffres suivants :

% du CA	CH	CHU	CLCC	HIA	PNL	Privé
50%	49	72	10	56	48	29
80%	155	211	40	155	161	100
90%	246	311	73	229	250	168

Ainsi on réalise à peu près le même constat, si l'on enlève les CLCC qui sont par définition peu comparables en termes de concentration d'activité, le secteur privé lucratif répartit son activité sur toujours nettement moins de regroupements que les autres types d'établissement (par exemple, 100 racines font 80% de l'activité du secteur lucratif, alors qu'il en faut 211 pour les CHU)⁷.

Le palmarès de « racines » avec les plus importants chiffres d'affaires fait apparaître des profils très différents. Par exemple, la racine qui est n° 2 dans les CHU (craniotomies en dehors de tour traumatisme, âge supérieur à 17 ans) est n° 163 dans le privé ! De la même façon, le n° 1 dans le privé (cataractes) n'est que 18° dans les CH et 28° dans les CHU.

La racine qui « rapporte » le plus dans les CHU (chimiothérapie en séances) explique 1,7% du chiffre d'affaires, alors que dans le privé lucratif les 12 racines de GHM les plus importantes rapportent toutes davantage (activité nettement plus concentrée).

02_Par catégories d'établissement (individuellement par établissements)

On peut constater très rapidement (voir graphique suivant) sur quelques indicateurs simples que pris individuellement (et non collectivement) les établissements n'ont pas du tout la même étendue d'activité selon la catégorie d'établissement. Sur l'indicateur « Nombre de GHM nécessaires pour expliquer 50% du chiffre

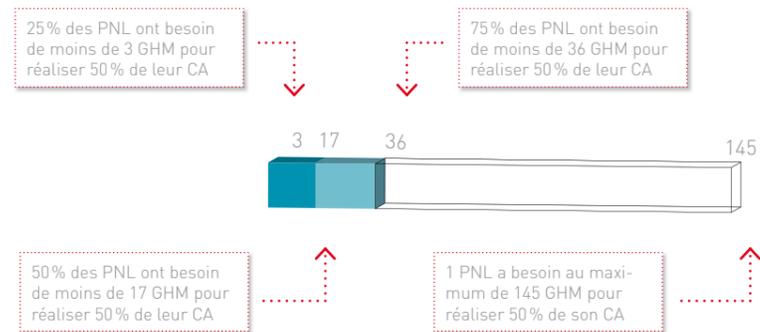
⁶ Annexe 4 : Une structure d'activité différenciée

⁷ Le détail par catégorie figure en annexe

d'affaires», on constate par exemple que la moitié des cliniques lucratives n'a besoin que de 17 GHM alors qu'il en faut au moins 37 pour la moitié des CH (en réalité 65 GHM car ici on a inclus les hôpitaux locaux - HL - qui ont une activité très restreinte) et au moins 149 pour la moitié des CHU. On constate aussi que la clinique qui a le case mix le plus étendu (selon cet indicateur) a besoin de 68 GHM pour expliquer 50 % de son chiffre d'affaires, or, le CHU qui a le case mix le moins étendu (cet indicateur ne figure pas sur le graphique) a besoin de 105 GHM pour 50 % de son chiffre d'affaires. Cette valeur maximale pour les cliniques de 68 GHM pour 50 % de son chiffre d'affaires est dépassée par la moitié des CH (en excluant les ex-HL). Il est évident ici que la concentration d'activité n'a rien à voir entre une clinique et un établissement public.

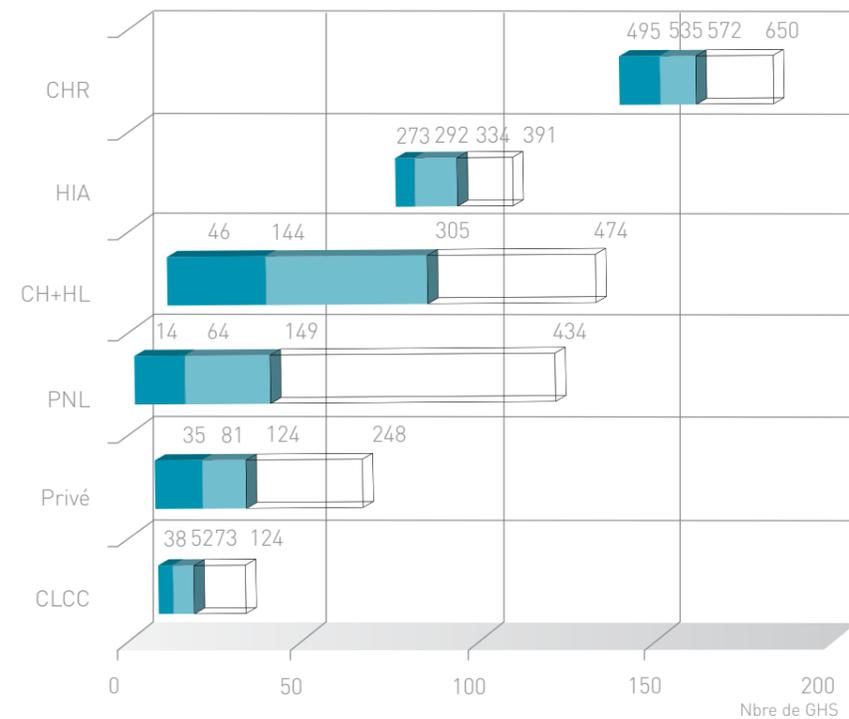
Un autre constat important concerne les privés non lucratifs (PNL). Alors que la base d'activité prise dans son ensemble faisait penser que l'étendue d'activité était proche de celle des centres hospitaliers, on voit que pris individuellement, les établissements de ces deux catégories sont assez éloignés (autrement dit la base de séjours des PNL est étendue à peu près de la même façon que celle des centres hospitaliers, mais par contre chaque établissement participant au service public hospitalier (PSPH) possède une étendue d'activité généralement plus faible, contrairement à celle des CH qui ont généralement une étendue d'activité assez élevée) : ce constat se renforce si l'on exclut les ex-HL (inclus ici).

Lecture des graphiques



La situation concernant l'indicateur «Nombre de GHM nécessaires pour 80 % du CA» est également très nette. L'étendue est ici assez homogène par catégories d'établissement et comme pour le graphique précédent, on voit très nettement se distinguer le groupe des CHU du reste et à l'opposé (hormis les CLCC très spécifiques) on trouve les établissements privés. On voit par exemple que pour atteindre 80 % de leurs CA, les 3/4 des cliniques ont besoin de moins de 124 GHM, alors que cela monte à 305 GHM pour les CH (y compris HL) et 572 pour les CHU. Comment pourrait-on imaginer que d'un point de vue organisationnel (et donc de coûts) c'est la même chose dans un établissement dont l'activité est 4 à 5 fois plus large que dans un autre ?

Nombre de groupes GHM nécessaires pour 80 % du CA



Sources : PMSI 2011 - Atih/DGOS

Les activités typiques

Lorsque l'on regarde la liste des groupes d'activités (GA) les plus importants (en termes de chiffres d'affaires) dans les établissements publics et les établissements privés, on constate trois cas :

- Les activités dont l'importance est comparable (ils représentent une part importante globalement dans les deux secteurs) : on y trouve par exemple les accouchements, la chirurgie majeure orthopédique, la chimiothérapie, la chirurgie majeure digestive.
- Les activités très importantes (en termes de CA) dans le secteur privé et plutôt secondaires dans le public : la chirurgie de la cataracte est l'activité n°2 dans le privé alors que dans le public c'est une activité secondaire (n°31 dans les CH, n°50 dans les CHU), les endoscopies digestives représentent le 3° plus gros chiffre d'affaires pour les cliniques contre seulement le 119° dans les CHU, les arthroscopies et biopsies ostéo-articulaires sont n°7 en chiffres d'affaires pour le privé et n°94 dans les CHU, etc. En général on trouve beaucoup d'actes techniques « simples » dans cette catégorie.
- Les activités très importantes (en termes de chiffres d'affaires) dans le secteur public et délaissées par le secteur privé lucratif : par exemple la prise en charge des infections respiratoires (n°2 dans les CH, n°3 dans les CHU et n°51 dans le privé), la prise en charge des AVC (n°6 dans les CH, n°8 dans les CHU et n°88 dans

le privé), la prise en charge des cardiopathies et valvulopathies (n°5 dans les CH, n°15 dans les CHU et n°43 dans le privé), les embolies pulmonaires ou détresses respiratoires (n°9 dans les CH, n°18 dans les CHU et n°73 dans le privé), etc. Ici on trouve essentiellement de la médecine lourde ou dont la prise en charge est difficilement protocolisable.

CONCLUSION

En termes d'étendue et de diversité d'activité, on peut dresser les constats suivants :

- **Une clinique commerciale, à titre individuel, a quasiment toujours une étendue d'activité nettement plus faible qu'un établissement public.**
- **De plus, les cliniques commerciales assurent très majoritairement, de façon redondante, les mêmes segments d'activité. Leur spectre global d'activités demeure resserré** (il n'y a pas de complémentarité pour couvrir toute l'étendue des champs MCO et les cliniques commerciales ont de nombreux pans d'activité non couverts).
- **Les CHU couvrent tous des activités extrêmement variées.**
- **Les CH ont également des activités variées** (dans une moindre mesure par rapport aux CHU bien entendu), mais avec des situations assez diverses.
- **Les établissements privés non lucratifs (à titre individuel) ont en général une étendue d'activité assez faible** (mais plus grande que les lucratifs), **par contre à titre collectif, les indicateurs de concentration d'activité sont les mêmes pour eux que pour les CH** (beaucoup d'établissements privés non lucratifs sont spécialisés, mais à eux tous ils sont complémentaires et couvrent un grand champ d'activité, contrairement au privé lucratif).
- Bien qu'ayant une partie de leur activité commune, **les champs couverts par le secteur privé commercial et le secteur public sont assez différents.** Ils sont parfois complémentaires comme dans le cas d'actes facilement protocolisables (cataractes, endoscopies,...) pris en charge de façon majoritaire dans le privé et, à l'inverse, ils résultent parfois d'un choix du privé de ne pas investir certains champs (AVC, infections respiratoires, médecine en général).

L'étendue de l'activité est très différente entre le secteur commercial et le secteur public. La nature de l'activité est également très différente, certaines activités très importantes restant même monopolistiques d'un des deux secteurs.

2.2-3 Des lourdeurs de séjours différentes

Répartition des séjours lourds et moins lourds (hors séances) par catégories d'établissement (hors hôpitaux locaux)

Catégorie	Score-données 2009		
	Lourd	Moins lourd	TOTAL
CH	20 %	80 %	100 %
CHR	20 %	80 %	100 %
CLCC	11 %	89 %	100 %
PSPH	17 %	83 %	100 %
Privé ex OQN	10 %	90 %	100 %
TOTAL	16 %	84 %	100 %

Source : Atih

Des travaux conduits par l'Atih confirment l'idée d'une différence des lourdeurs des prises en charge selon les secteurs.

2.2-4 Des contenus médicaux distincts

L'homogénéité médicale des GHS convergents n'a jamais été recherchée. Sur trois exercices, ce sont 650 GHS qui ont convergé (parfois les mêmes), mais aucune vérification préalable en termes de contenu médical n'a été conduite. La logique comptable l'a emporté.

L'exemple suivant est révélateur :

Le GHM 08C321 « Intervention sur la jambe, âge supérieur à 17 ans, niveau 1 » a convergé à hauteur de 32 % en 2011. Il représentait 26 449 séjours dans le secteur public (61,7 %) et 16 424 dans le secteur privé (38,3 %). Une étude approfondie des bases du PMSI nous apprend que ce GHM correspond à de la traumatologie dans 77 % des cas dans le public, et seulement 38 % dans le privé. Ce qui diffère ici c'est l'apparition des diagnostics d'arthrose (gonarthrose essentiellement) notamment dans le privé (22 % des prises en charge contre seulement 8 % dans le public), les autres affections articulaires, notamment de la rotule, restant une prise en charge majeure dans le privé (27 % des séjours) et mineure dans le public (7 % des séjours). Clairement, le « case mix interne » est extrêmement différencié.

Autre élément que l'on voit poindre dans l'exemple ci-dessus : le caractère programmé/non programmé de l'activité, générateur de surcoûts.

De nombreux autres exemples de contenu médical très différent entre le public et le privé ont été démontrés sur des GHM faisant l'objet de convergence...

2.3 Des zones d'ombre : transparence et prédictibilité ?

Nous revenons ici sur le dispositif et nous interrogeons sur le degré de transparence qui l'anime avant d'évaluer sa prédictibilité.

Le dernier point évoqué préalablement tend à démontrer qu'au-delà de la convergence officielle, d'autres mesures sont conduites sans être affichées. Et c'est précisément ce genre de découvertes qui jettent la suspicion sur l'ensemble du dispositif.

Mais au-delà de ce sentiment, cela contribue à vouer à l'échec toute tentative de compréhension fine du système, dans un objectif de pilotage d'établissement.

Il est un autre exemple symptomatique de ces règles du jeu dissimulées : lors de la campagne budgétaire 2010, les fédérations ont appris après plusieurs mois d'exercice, que par construction, l'hypothèse de croissance de l'enveloppe « Médicaments » avait retenu un taux de 11,96%, alors que la circulaire ministérielle affichait pour sa part un taux de 8%. En réalité, a posteriori, la progression de ladite enveloppe pour le secteur ex-DGF s'est établie à +4,80%. Il existe donc bien des variables d'ajustement qui sèment le trouble et annihilent toute velléité d'appropriation du dispositif.

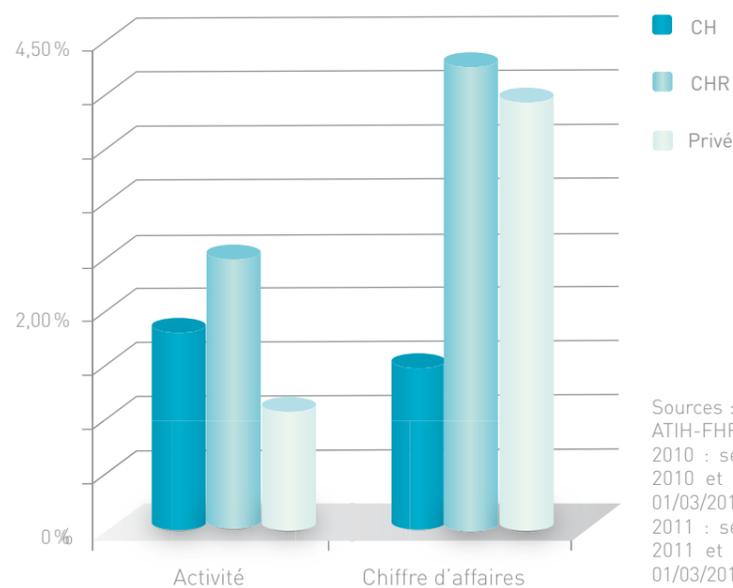
Le paragraphe 1.1 a fait la démonstration de la complexité de la construction tarifaire, sous un aspect théorique. Sur le terrain, la situation n'est pas plus aisée à appréhender.

L'observation des évolutions parallèles de l'activité et du chiffre d'affaires par catégories d'établissements ne peut que susciter des interrogations. Le seul élément d'explication concerne les CHU et consiste à penser que le décrochage est pour partie lié aux mesures politiques de santé publique qui ont préservé le financement de l'activité de cancérologie. Pour les centres hospitaliers comme pour le secteur privé, aucun élément objectif n'éclaire de tels écarts.

Aujourd'hui les établissements semblent condamnés à attendre chaque année la nouvelle vague tarifaire.

L'opacité tarifaire

Evolution du nombre de séjours ou séances en 2011 versus 2010			Evolution du chiffre d'affaires en 2011 versus 2010		
CH	CHR	Privé	CH	CHR	Privé
+1,8%	+2,5%	+1,1%	+1,5%	+4,3%	+3,9%



Sources : PMSI 2011-2010-ATIH-FHF-BDHF
 2010 : séjours de l'année 2010 et tarifs publiés au 01/03/2010
 2011 : séjours de l'année 2011 et tarifs publiés au 01/03/2011

2.4 Résultats constatés

2.4-1 Composition d'un budget hospitalier

2.4-1.1 Charges

Le document suivant décrit l'évolution des charges des établissements, détaillées par titres de dépenses ainsi que par grands postes sur la période 2002-2010.

Titre 1 : Charges de personnel

TITRE 1	2002	2003	2004
Personnel médical	5 611 629 228	6 229 857 274	6 522 001 720
Personnel non médical	25 202 013 824	26 006 329 893	26 825 921 855
TOTAL TITRE 1	30 813 643 052	32 236 187 168	33 347 923 575
Evol. du titre 1 N/N-1 en %		4,6%	3,4%

TITRE 1	2005	2006	2007
Personnel médical	6 828 267 280	7 150 360 255	7 506 845 156
Personnel non médical	27 366 995 087	28 487 973 913	29 533 199 442
TOTAL TITRE 1	34 195 262 368	35 638 334 168	37 040 044 597
Evol. du titre 1 N/N-1 en %		2,5%	4,2%

TITRE 1	2008	2009	2010
Personnel médical	8 084 534 579	8 260 475 399	8 592 748 800
Personnel non médical	30 234 544 409	30 918 362 979	31 501 547 526
TOTAL TITRE 1	38 319 078 988	39 178 838 378	40 094 296 326
Evol. du titre 1 N/N-1 en %		3,5%	2,2%

TITRE 1	Evol. 2010/2002 en %
Personnel médical	53%
Personnel non médical	25%
TOTAL TITRE 1	30%

Sources : Comptes de gestion- DGFIP. Traitement : BDHF- FHF

Titre 2 : Charges à caractère médical

TITRE 2	2002	2003	2004
Molécules onéreuses	-	-	-
Dispositifs médicaux implantables	-	-	-
Autres charges du titre 2	6 355 208 946	6 871 531 100	7 566 058 967
TOTAL TITRE 2	6 355 208 946	6 871 531 100	7 566 058 967
Evol. du titre 2 N/N-1 en %		8,1%	10,1%

TITRE 2	2005	2006	2007
Molécules onéreuses	-	1 398 202 629	1 631 207 112
Dispositifs médicaux implantables	-	434 302 169	475 842 774
Autres charges du titre 2	7 814 062 631	6 148 792 619	6 383 213 875
TOTAL TITRE 2	7 814 062 631	7 981 297 417	8 490 263 761
Evol. du titre 2 N/N-1 en %	3,3%	2,1%	6,4%

TITRE 2	2008	2009	2010
Molécules onéreuses	1 888 240 151	2 064 270 952	2 211 683 966
Dispositifs médicaux implantables	517 107 893	573 695 326	615 861 446
Autres charges du titre 2	6 721 220 543	6 969 670 326	7 039 173 794
TOTAL TITRE 2	9 126 568 587	9 607 636 603	9 866 719 206
Evol. du titre 2 N/N-1 en %	7,5%	5,3%	2,7%

TITRE 2	Evol. 2010/2002 en %
Molécules onéreuses	58%
Dispositifs médicaux implantables	42%
Autres charges du titre 2	11%
TOTAL TITRE 2	55%

← Evol. 2010/2006

Sources : Comptes de gestion - DGFIP. Traitement : BDHF- FHF

Titre 3 : Charges à caractère hôtelier

TITRE 3	2002	2003	2004
Charges du titre 3	4 837 198 091	5 115 385 459	4 971 899 274
TOTAL TITRE 3	4 837 198 091	5 115 385 459	4 971 899 274
Evol. du titre 3 N/N-1 en %		5,8%	-2,8%

TITRE 3	2005	2006	2007
Charges du titre 3	5 304 570 333	5 061 659 609	5 100 818 267
TOTAL TITRE 3	5 304 570 333	5 061 659 609	5 100 818 267
Evol. du titre 3 N/N-1 en %	6,7%	-4,6%	0,8%

TITRE 3	2008	2009	2010
Charges du titre 3	5 362 769 112	5 658 012 031	5 857 672 227
TOTAL TITRE 3	5 362 769 112	5 658 012 031	5 857 672 227
Evol. du titre 3 N/N-1 en %	5,1%	5,5%	3,5%

TITRE 3	Evol. 2010/2002 en %
Charges du titre 3	21%

Sources : Comptes de gestion - DGFIP. Traitement : BDHF- FHF

Titre 4 : Charges d'amortissement, de provisions, financières et exceptionnelles

TITRE 4	2002	2003	2004
Charges du titre 4	3 297 563 945	3 467 739 156	4 254 594 513
TOTAL TITRE 4	3 297 563 945	3 467 739 156	4 254 594 513
Evol. du titre 4 N/N-1 en %		5,2%	22,7%

TITRE 4	2005	2006	2007
Charges du titre 4	4 105 616 884	4 616 817 397	4 715 391 508
TOTAL TITRE 4	4 105 616 884	4 616 817 397	4 715 391 508
Evol. du titre 4 N/N-1 en %	-3,5%	12,5%	2,1%

TITRE 4	2008	2009	2010
Charges du titre 4	5 325 498 799	5 630 232 082	5 738 629 806
TOTAL TITRE 4	5 325 498 799	5 630 232 082	5 738 629 806
Evol. du titre 4 N/N-1 en %	12,9%	5,7%	1,9%

TITRE 3	Evol. 2010/2002 en %
Charges du titre 4	74%

	2002	2003	2004
TOTAL GENERAL	45 303 614 034	47 690 842 883	50 140 476 329
Evol. générale N/N-1 en %		5,3%	5,1%

	2005	2006	2007
TOTAL GENERAL	51 419 512 215	53 298 108 591	55 346 518 134
Evol. générale N/N-1 en %	2,6%	3,7%	3,8%

	2008	2009	2010
TOTAL GENERAL	58 133 915 486	60 074 719 094	61 557 317 566
Evol. générale N/N-1 en %	5,0%	3,3%	2,5%

	Evol. 2010/2002 en %
TOTAL GENERAL	36%

Sources : Comptes de gestion- DGFIP. Traitement : BDHF- FHF

Sa lecture attentive nous permet de constater qu'entre 2002 et 2010, les dépenses de personnel (titre 1) ont connu une progression de 30 %, mais qu'en leur sein, les taux diffèrent grandement entre celles liées au personnel médical (+53 %) et celles liées au personnel non médical (+25 %). De plus, les dernières années disponibles témoignent d'une rigueur importante.

Les dépenses à caractère médical affichent pour leur part, et sur la même période, une progression particulièrement importante (+55 %), du fait des molécules onéreuses (+58 %) et des dispositifs médicaux (+42 %).

Les charges à caractère hôtelier ont quant à elles progressé de 21 %, selon un rythme plus qu'aléatoire.

La réforme de la T2A reposait sur un changement fort de paradigme, désormais ce sont les recettes qui guideraient le pilotage des établissements.

2.4-1.2 Recettes

Le tableau descriptif relatif aux ressources des établissements ne peut être correctement interprété, sans le rappel préalable du pourcentage

d'application de la T2A depuis son entrée en vigueur. En effet, afin de ne pas substituer brutalement la T2A à la dotation globale, il a été décidé de maintenir une part de dotation annuelle complémentaire pour faire effet d'«amortisseur». Cette Dotation annuelle complémentaire (DAC) a alors été complétée par la valorisation des données d'activités produites par le PMSI (la part T2A). Cette valorisation de l'activité s'est opérée d'année en année de façon croissante : 10 % en 2004, 25 % en 2005, 35 % en 2006, 50 % en 2007 et 100 % en 2008.

L'un des éléments marquants de ce tableau réside en la croissance de la part relative du titre 2 (8 % en 2010) principalement laissée à la charge des patients.

Titre 1 : Produits versés par l'Assurance maladie

DETAIL DU TITRE 1	2002	2003	2004
Dotation globale	100%	100%	100%
Tarification des séjours en MCO identifiable, DAC, ACE, ATU	0%	0%	0%
Médicaments facturés en sus des séjours	0%	0%	0%
Dispositifs médicaux facturés en sus des séjours	0%	0%	0%
Forfait annuel urgences	0%	0%	0%
Forfait annuel prélèvement/transplantation d'organes ou de tissus	0%	0%	0%
Dotations MIGAC	0%	0%	0%
Dotation annuelle de financement	0%	0%	0%
TOTAL TITRE 1	100%	100%	100%

DETAIL DU TITRE 1	2005	2006	2007
Dotation globale	0%	0%	0%
Tarification des séjours en MCO identifiable, DAC, ACE, ATU	62%	60%	58%
Médicaments facturés en sus des séjours	2%	3%	3%
Dispositifs médicaux facturés en sus des séjours	1%	1%	1%
Forfait annuel urgences	2%	2%	2%
Forfait annuel prélèvement/transplantation d'organes ou de tissus	0%	0%	0%
Dotations MIGAC	11%	12%	13%
Dotation annuelle de financement	22%	23%	23%
TOTAL TITRE 1	100%	100%	100%

DETAIL DU TITRE 1	2008	2009	2010
Dotation globale	0%	0%	0%
Tarification des séjours en MCO identifiable, DAC, ACE, ATU	58%	56%	56%
Médicaments facturés en sus des séjours	3%	3%	3%
Dispositifs médicaux facturés en sus des séjours	1%	1%	1%
Forfait annuel urgences	2%	2%	2%
Forfait annuel prélèvement/transplantation d'organes ou de tissus	0%	0%	0%
Dotations MIGAC	13%	14%	14%
Dotation annuelle de financement	23%	23%	23%
TOTAL TITRE 1	100%	100%	100%

Titre 2 : Autres produits de l'activité hospitalière

DETAIL DU TITRE 2	2002	2003	2004
Produits des tarifications relatifs au MCO (HAD, IVG, consults, chirurgie ambulatoire, forfait journalier)	72%	76%	75%
Produits des tarifications relatifs au SSR et PSY (dont Forfait Journalier)	17%	13%	14%
Ticket modérateur forfaitaire et majoration pour non respect parcours soin	0%	0%	0%
Produits des tarifications journalières en H.Partielle hors chir ambu	2%	2%	2%
Prestations aux patients étrangers	4%	5%	5%
Prestations au profit de patients d'autres établissements	4%	4%	4%
Produits à la charge de l'état, collectivités terr. Et autres org. Publics	0%	0%	0%
TOTAL TITRE 2	100%	100%	100%

DETAIL DU TITRE 2	2005	2006	2007
Produits des tarifications relatifs au MCO (HAD, IVG, consults, chirurgie ambulatoire, forfait journalier)	70 %	68 %	69 %
Produits des tarifications relatifs au SSR et PSY (dont Forfait Journalier)	13 %	13 %	13 %
Ticket modérateur forfaitaire et majoration pour non respect parcours soin	0 %	0 %	1 %
Produits des tarifications journalières en H.Partielle hors chir ambu	2 %	2 %	2 %
Prestations aux patients étrangers	11 %	13 %	12 %
Prestations au profit de patients d'autres établissements	4 %	3 %	3 %
Produits à la charge de l'état, collectivités terr. Et autres org. Publics	0 %	0 %	0 %
TOTAL TITRE 2	100 %	100 %	100 %

DETAIL DU TITRE 2	2008	2009	2010
Produits des tarifications relatifs au MCO (HAD, IVG, consults, chirurgie ambulatoire, forfait journalier)	65 %	65 %	64 %
Produits des tarifications relatifs au SSR et PSY (dont Forfait Journalier)	13 %	13 %	14 %
Ticket modérateur forfaitaire et majoration pour non respect parcours soin	1 %	1 %	1 %
Produits des tarifications journalières en H.Partielle hors chir ambu	3 %	3 %	3 %
Prestations aux patients étrangers	15 %	15 %	15 %
Prestations au profit de patients d'autres établissements	3 %	3 %	3 %
Produits à la charge de l'état, collectivités terr. Et autres org. Publics	0 %	0 %	0 %
TOTAL TITRE 2	100 %	100 %	100 %

Titre 3 : Autres produits

DETAIL DU TITRE 3	2002	2003	2004
Vente de produits & marchandises, travaux, études, prod immobilisée...	2 %	1 %	1 %
Rétrocession de médicaments	27 %	29 %	29 %
Produits des activités annexes	9 %	8 %	8 %
Subventions d'exploitations et participations	14 %	10 %	7 %
Autres produits de gestion courante	37 %	40 %	42 %
Produits financiers	0 %	0 %	0 %
Produits exceptionnels	7 %	7 %	8 %
Reprises sur amortissements et provisions	4 %	4 %	4 %
Transfert de charges	1 %	0 %	1 %
TOTAL TITRE 3	100 %	100 %	100 %

DETAIL DU TITRE 3	2005	2006	2007
Vente de produits & marchandises, travaux, études, prod immobilisée...	1 %	3 %	2 %
Rétrocession de médicaments	27 %	28 %	26 %
Produits des activités annexes	8 %	11 %	11 %
Subventions d'exploitations et participations	7 %	5 %	5 %
Autres produits de gestion courante	42 %	35 %	33 %
Produits financiers	0 %	0 %	0 %
Produits exceptionnels	8 %	12 %	13 %
Reprises sur amortissements et provisions	6 %	6 %	8 %
Transfert de charges	0 %	0 %	0 %
TOTAL TITRE 3	100 %	100 %	100 %

DETAIL DU TITRE 3	2008	2009	2010
Vente de produits & marchandises, travaux, études, prod immobilisée...	2%	2%	2%
Rétrocession de médicaments	26%	28%	26%
Produits des activités annexes	11%	12%	14%
Subventions d'exploitations et participations	9%	5%	5%
Autres produits de gestion courante	31%	33%	34%
Produits financiers	0%	0%	0%
Produits exceptionnels	11%	11%	11%
Reprises sur amortissements et provisions	9%	8%	8%
Transfert de charges	0%	0%	0%
TOTAL TITRE 3	100%	100%	100%

STRUCTURE SYNTHETIQUE DES RECETTES PAR RAPPORT AU TOTAL, après re-traitements divers

	2002	2003	2004
PART RELATIVE DES RECETTES DE TITRE 1 PAR RAPPORT AU TOTAL	80%	80%	80%
PART RELATIVE DES RECETTES DE TITRE 2 PAR RAPPORT AU TOTAL	6%	6%	6%
PART RELATIVE DES RECETTES DE TITRE 3 PAR RAPPORT AU TOTAL	14%	14%	14%

	2005	2006	2007
PART RELATIVE DES RECETTES DE TITRE 1 PAR RAPPORT AU TOTAL	81%	81%	80%
PART RELATIVE DES RECETTES DE TITRE 2 PAR RAPPORT AU TOTAL	7%	7%	8%
PART RELATIVE DES RECETTES DE TITRE 3 PAR RAPPORT AU TOTAL	13%	12%	12%

	2008	2009	2010
PART RELATIVE DES RECETTES DE TITRE 1 PAR RAPPORT AU TOTAL	79%	80%	80%
PART RELATIVE DES RECETTES DE TITRE 2 PAR RAPPORT AU TOTAL	8%	8%	8%
PART RELATIVE DES RECETTES DE TITRE 3 PAR RAPPORT AU TOTAL	13%	12%	12%

L'évaluation de la T2A ne peut être conduite sans observer l'impact produit sur la situation financière des établissements.

2.4-2.1 Impact financier, résultats sur cinq ans

Nous tentons de mesurer ici l'impact financier à travers les résultats du compte de résultat principal des hôpitaux.

Cette étude porte sur la période 2006-2011.

Le déficit net des hôpitaux a cru de manière significative (32%) entre 2006 et 2007.

- En 2006 le taux de paiement à la T2A était de 35% et en 2007 de 50%. Il est à noter une sous-exécution de l'Ondam hospitalier.

- En 2008, le taux de paiement à l'activité passe à 100% et le déficit baisse de 4%. Il est à noter une sous-exécution de l'Ondam hospitalier.

- En 2009, le taux de déficit baisse de 17%. Trois faits marquants illustrent cette année 2009 : amélioration de la classification avec une description plus précise et introduction de niveaux de sévérité des séjours, refonte de l'échelle des coûts et enfin sur-exécution de l'Ondam hospitalier.

- En 2010, le déficit baisse à nouveau de 17%, malgré un prélèvement de 150 millions au titre de la convergence et un traitement « technique » des tarifs particulièrement défavorable. Il est à noter une sous-consommation de l'Ondam.

- En 2011 le déficit augmente légèrement de 6%. Cette année un nouveau prélèvement de 150 millions d'euros au titre de la convergence vient grever le budget des hôpitaux et l'Ondam hospitalier est à nouveau sous-consommé

de 200 millions. Le traitement « technique » des tarifs reste particulièrement défavorable.

Pendant toute cette période les hôpitaux publics ont pris des parts de marché sur les cliniques commerciales.

Pendant cette période les hôpitaux ont été dans l'obligation d'augmenter leurs tarifs journaliers et de transférer ainsi une partie des charges vers l'utilisateur et/ou l'assurance complémentaire.

Malgré une politique défavorable aux hôpitaux tant par les décisions de convergence tarifaire que par les constructions mêmes des tarifs, les hôpitaux ont réussi à maintenir une situation financière proche de l'équilibre global.

Il y a tout lieu de penser qu'une politique tarifaire équitable aurait permis de retrouver l'équilibre.

La situation financière des établissements publics de santé connaît donc une évolution favorable, renforcée par une concentration des déficits. Les enquêtes EPRD⁸ successives démontrent en effet que, par exemple, en 2010, moins de 50 établissements représentent 80% du déficit.

Ce trait positif serait plutôt de nature encourageante s'il ne laissait poindre le spectre d'un transfert de charges en direction des usagers et/ou de leurs organismes complémentaires.

⁸ Cf. Enquête EPRD 2011 réalisée par la FHF, en annexe.

Résultats nets comptables des hôpitaux publics de 2002 à 2010



Source : enquête EPRD - FHF

03 FOCUS SUR LES MÉDICAMENTS ET DISPOSITIFS MÉDICAUX

La réforme de la T2A affichait parmi ses objectifs initiaux un accès facilité aux soins coûteux et une meilleure diffusion de l'innovation thérapeutique. C'est l'une des raisons pour lesquelles les molécules et dispositifs médicaux onéreux ont fait l'objet d'un traitement différencié.

3.1 Introduction, règles et historiques des listes en sus

Les modalités de financement des médicaments et dispositifs médicaux relèvent de deux processus. Certains ont vocation à être inclus dans les tarifs des GHS, et d'autres, qui sont à la fois onéreux et de nature à introduire une hétérogénéité dans les tarifs par séjours lorsqu'ils sont prescrits ou administrés (ou posés) durant le séjour, relèvent d'une liste limitée ouvrant droit à un paiement en sus. L'entrée et la sortie de produits de ces listes (molécules onéreuses et dispositifs médicaux) sont régulièrement étudiées car elles constituent un vecteur de diffusion des traitements innovants. En effet, théoriquement, un nouveau traitement coûteux, qui n'est utilisé au départ que par quelques établissements, sera accessible via la liste en sus et n'engendrera donc aucune modification de tarif de GHS. A l'opposé, les traitements inscrits sur liste dont l'usage est devenu « courant » sont réintégrés dans les GHS correspondants, qui sont alors réévalués en conséquence. L'inscription ou la radiation d'un produit sur une liste sont de la responsabilité directe du ministre qui procède par voie d'arrêté, après recommandation du Conseil de l'hospitalisation. Aujourd'hui, la lisibilité des critères conduisant à l'inscription sur la liste en sus ou à son retrait est faible

et, en conséquence, les décisions souvent peu compréhensibles.

La régulation de la dépense de médicaments relève d'un double dispositif : au niveau macro-économique, sur la base d'un tarif de responsabilité, et au niveau micro-économique grâce au taux de remboursement de 100% ou minoré entre 70% et 100% en cas de non-respect des engagements contractuels souscrits en matière de bon usage des médicaments.

Un contrat de bon usage (conclu entre chaque établissement de santé, l'Agence régionale de santé et l'Assurance maladie) vise à garantir l'utilisation à bon escient des médicaments et des dispositifs médicaux.

Les molécules onéreuses sont facturées sur la base du prix payé par l'établissement (prix d'achat) majoré d'une marge d'intéressement correspondant à une fraction de l'écart entre le prix payé par l'établissement et le tarif de responsabilité. Le même mécanisme est à l'œuvre pour les dispositifs médicaux (sur la base du prix de liste des produits et prestations, LPP).

La politique de gestion de la liste en sus

Il est aujourd'hui indispensable de maintenir cet accès pour tous aux réelles innovations, donc de pérenniser la liste en sus, et d'en améliorer la gestion.

01_Au sujet de la liste des médicaments en sus

Les critères d'inscription : certains médicaments présents sur la liste sont peu coûteux, et beaucoup ont été inscrits avant 2007 ce qui pose la question de la pertinence de leur maintien.

Peu de radiations de molécules : 4 en 2007, 5 en 2010, 4 en 2011, 12 en 2012.

Au final, 141 inscriptions depuis 2005, contre 103 radiations.

A juste titre, l'Igas, dans son rapport de juin 2012, demande que les critères justifiant l'inscription des médicaments sur la liste soient revus et explicités (ASMR, usage hospitalier, poids du coût dans le GHS, fréquence de l'utilisation dans les GHM concernés).

Propositions générales

1/ Redéfinir les **critères d'inscription et de radiation** des médicaments hors GHS : la liste doit comporter peu de médicaments et le statut hors GHS doit rester temporaire. Mettre en œuvre les moyens d'éclairer les avis précédant la décision du Conseil de l'hospitalisation.

2/ Existence indispensable de **recommandations de bon usage, voire de référentiels de prescription**, pour les traitements innovants (AMM, ATU et RTU).

3/ La réintégration d'un médicament dans le GHS devrait être accompagnée d'une révision du prix par le Comité économique des produits de santé (CEPS) et d'une adaptation du tarif du GHS.

Les critères de révision de la liste pourraient utilement évoluer, en retenant par exemple le cumul de deux conditions favorables réunies (amélioration du service médical rendu -ASMR- et usage hospitalier exclusif ou quasi exclusif) et en examinant tout particulièrement les Autorisations de mise sur le marché (AMM) de plus de 10 ans, les molécules à usage essentiellement de ville, les ASMR IV ou V et en conséquence la remise en question de certaines classes thérapeutiques.

02_Au sujet de la liste des dispositifs médicaux implantables

1/ Les familles de prothèses implantables

Les principaux domaines concernés par l'inscription de dispositifs médi-

caux sur la liste hors GHS sont l'orthopédie (prothèses articulaires, ostéosynthèse) et le cardiovasculaire (DM de rythmologie, DM de radiologie interventionnelle). Depuis 2010, les dispositifs du domaine neurologique ont pris une place croissante dans les dépenses (neurostimulation, implants cochléaires), soit 4 % des dépenses en 2010.

Pour l'orthopédie, les DMI inscrits sur la liste ont surtout des codes de lignes génériques de la Liste des produits et prestations remboursables (LPP), les fabricants s'inscrivent sur ces lignes et déclarent les codes utilisés à l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) : la loi de sécurisation des produits de santé du 23 décembre 2011 et un décret organisent le contrôle des DM inscrits sur les lignes génériques de la LPP (respect des spécificités techniques). Pour la cardiologie, les DMI inscrits sur la LPP ont plutôt des codes de remboursement en nom de marques, obtenus après le dépôt auprès de la HAS d'un dossier sur le DM.

La non-prise en charge par l'Assurance maladie des ancillaires de pose laisse à la charge des hôpitaux des coûts de plus en plus élevés (DM en GHS), du fait de la non-évaluation de ces dispositifs médicaux ; sans tarif de référence, les fournisseurs récupèrent ainsi des bénéfices financiers.

2/ Les critères de gestion de la liste

L'inscription sur la liste est faite au fil de l'eau, lors de l'inscription sur la LPP d'un dispositif médical appartenant à une famille présente sur la liste.

Les critères de gestion de la liste hors GHS sont identiques à ceux des médicaments : poids par rapport au tarif du GHS, dispersion du nombre de GHM cibles.

La liste des DMI hors GHS comprend des familles où il y a très peu d'innovation (prothèses de hanche), alors que d'autres DMI ont une durée de vie moyenne inférieure à 24 mois (stents coronaires, stimulateurs cardiaques).

3/ L'évolution de la liste

Les principales arrivées sur la liste sont les implants cochléaires, **les dispositifs médicaux d'assistance ventriculaire et les valves cardiaques pour la voie percutanée**.

Essentiellement **deux familles ont été réintégrées** dans les GHS depuis 2005 : les valves cardiaques et les défibrillateurs cardiaques implantables. La réintégration des prothèses articulaires de hanche, comme des stimulateurs cardiaques, avait été envisagée par la DGOS, puis reportée. Les dernières révisions portent sur la réintégration des patchs cardiaques et des éléments liés à la télécardiologie.

La réintégration des valves et des défibrillateurs cardiaques a été accompagnée d'une revalorisation des tarifs des GHS, mais des sources de pertes de financement ont été cernées : pose d'un défibrillateur en dehors d'un GHM naturel, proportion de défibrillateurs triple chambre supérieure à la moyenne, pose de deux valves cardiaques pendant le même séjour.

Propositions

1/ La traçabilité des DMI par le code LPP n'est pas satisfaisante (lignes génériques) : le maintien des DMI sur la liste pour des besoins de suivi n'est pas justifié.

Les DMI inscrits sur la LPP grâce à une ligne générique pourraient être radiés de la liste. Ils ne présentent pas en règle générale un caractère innovant.

2/ Le coût de certains DMI de la liste est bas, et le nombre de GHM cibles est souvent limité. Il est proposé de les réintégrer dans les GHS, avec une revalorisation des GHS.

QUESTIONNAIRE⁹ :

La T2A a-t-elle entraîné un changement de la politique d'achat de votre établissement ?

	Total	DIR	MED
Sans réponse	2	1	1
Réponses exploitables	86	56	30
NON	46 / 53 %	30 / 54 %	16 / 53 %
OUI	40 / 47 %	26 / 46 %	14 / 47 %

La T2A n'est pas véritablement perçue comme un élément ayant entraîné un changement de la politique d'achat. Cette perception est partagée entre les corps médical et de direction, à hauteur de 53 %.

⁹ Annexe 1 Suite du questionnaire relatif aux médicaments et aux dispositifs médicaux

La T2A répond-elle à l'objectif initialement affiché, à savoir favoriser l'accès à des soins thérapeutiques coûteux ?

	Total	DIR	MED
Sans réponse	11	8	3
Réponses exploitables	77	49	28
NON	35 / 45%	26 / 53%	9 / 32%
OUI	42 / 55%	23 / 47%	19 / 68%

55% des répondants considèrent que la T2A n'a pas favorisé l'accès à des soins thérapeutiques coûteux. Cette perception est particulièrement prégnante au sein du corps médical.

Les mouvements de la liste en sus (inscriptions / radiations) ont-ils guidé vos pratiques de prescription de molécules onéreuses ?

	Total	DIR	MED
Sans réponse	7	5	2
Réponses exploitables	81	52	29
NON	48 / 59%	32 / 62%	16 / 55%
OUI	33 / 41%	20 / 38%	13 / 45%

Les mouvements de la liste en sus (inscriptions / radiations) ont-ils guidé vos pratiques de prescription de DMI ?

	Total	DIR	MED
Sans réponse	11	7	4
Réponses exploitables	77	50	27
NON	49 / 64%	34 / 68%	15 / 56%
OUI	28 / 36%	16 / 32%	12 / 44%

Une majorité des acteurs pense que les mouvements des listes en sus n'influencent plutôt pas les prescriptions de molécules onéreuses et de dispositifs médicaux implantables. Cette opinion semble un peu plus répandue dans le corps administratif. Cependant, plus d'un tiers des répondants indiquent que les pratiques sont influencées par la politique de constitution et d'évolution de ces listes.

Les modalités de financement des médicaments coûteux ont-elles modifié les prises en charge dans l'établissement ou les pratiques médicales ?

70 % des médecins considèrent ici que les modalités de financement des médicaments coûteux n'ont pas modifié les prises en charge ni les pratiques médicales.

	Total	DIR	MED
Sans réponse	9	8	1
Réponses exploitables	79	49	30
NON	57 / 72%	36 / 73%	21 / 70%
OUI	22 / 28%	13 / 27%	9 / 30%

Si oui, comment ? (réponse libre)¹⁰

Exemples de réponses :

- Moins de contraintes budgétaires avec les MO et DMI remboursés en sus.
- La réduction coût/bénéfice existait déjà avant la mise en place de la T2A. Le système T2A la renforce (micro-contrat sur les thérapeutiques et les équipements nouveaux).
- Recherche de l'intégration des référentiels de bon usage (RBU) en lien avec l'Omedit.
- Certains produits achetés en ville par certains patients ; certains équipements de rééducation achetés chez les fournisseurs prothésistes du fait de leur coût élevé et de l'absence totale de prise en charge par l'Assurance maladie ou par les tarifs (exemple : corsets) ; certaines prises en charge sont contingentes et suivies au cas par cas (anticancéreux par exemple).
- Vigilance accrue des praticiens en comité du DM ou du médicament sur le contexte du financement.

L'évolution du financement des molécules onéreuses semble avoir libéré les pratiques en permettant plus facilement et rapidement aux praticiens d'accéder aux innovations coûteuses et ainsi de faire bénéficier les patients des avancées sans que la contrainte budgétaire soit un frein important. C'était un des buts de la mise en place de ce dispositif et c'est ce qui ressort de l'analyse des répondants à la question ci-dessus. Ceci étant, on l'a vu, la dérive budgétaire sur ces postes entraîne indirectement une baisse du financement des autres composantes du produit hospitalier puisque tout se fait à enveloppe fermée. Il faudra probablement à terme trouver des moyens de régulation qui permettent de conserver un équilibre.

¹⁰ L'intégralité des réponses est disponible en annexe

3.2 Evolution globale du prix du médicament sur la structure de coûts

Plusieurs constats¹¹ peuvent être dressés :

A) Au sujet de la liste des médicaments en sus

1/ Le poids des médicaments hors GHS de la liste en sus de 2007 à 2010 :

- dans les recettes T2A est passé de 2 % à 8 % ;
- dans les dépenses (consommation hospitalière) de médicaments de 24 % à 46 %.

En moyenne dans les établissements publics, avec des valeurs très supérieures pour les CHU et les grands CH.

Pour mémoire le taux d'augmentation autorisé des dépenses de médicament hors GHS est de 2 % en 2012.

2/ La disparité entre les hôpitaux : les dépenses totales des médicaments hors GHS évoluent de +3,6 % dans les CHU, de +3,8 % dans les « gros » CH (budget → 70M€), de +0,8 % dans les CH dits « moyens », et +4,1 % dans les « petits ». En moyenne, les établissements publics affichent une progression de +3,33 % entre 2010 et 2011.

+3,33 % en 2011 par rapport à 2010 en moyenne dans les établissements publics, +3,60 % dans les CHU.

Le montant total des médicaments hors GHS représente sur l'ensemble des établissements publics et privés 2,6Mds € en 2010, soit 8 % des médicaments remboursés par l'Assurance maladie.

3/ La concentration sur quelques familles de médicaments : les dépenses de médicaments remboursés hors GHS sont concentrées sur quelques familles : 95 % des dépenses de médicaments en sus dans les CHU en 2011 sont :

- les anticancéreux (38,2 %) ;
- les immunosuppresseurs (25,6 %) ;
- les immunoglobulines (12,6 %) et les facteurs de coagulation (8,3 %) ;
- les antifongiques (7 %) ;
- les enzymes (5,3 %).

4/ La politique d'achat : pour les deux premières familles, les questions des biosimilaires et leur substituabilité, les différences d'indications au niveau des AMM de médicaments similaires (indications validées par l'EMA), les extensions d'indications d'un médicament donné, ne sont pas toutes résolues par les institutions nationales : les hospitaliers prennent la responsabilité de certains choix (décision des Commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles - COMEDIMS).

5/ L'augmentation du prix moyen de l'UCD hors GHS : le nombre d'UCD facturé dans les CHU entre 2008 et 2011 diminue de 5,75 %, alors que les dépenses augmentent de 20,67 % ; le prix moyen du médicament hors GHS augmente. Ceci est particulièrement vérifié pour les médicaments dérivés du sang (+15 %) et les anticancéreux.

6/ La régulation prix-volume : elle existe pour la plupart des médicaments disposant d'une AMM. Les établissements n'en tirent pas un bénéfice direct et à due concurrence, mais de manière différée. Un autre type de régulation du volume, d'ailleurs prévu par la loi, est à rappeler : les prescripteurs devraient endosser ici un rôle essentiel, et les recommandations et contrats de bon usage, de bonnes pratiques sont les outils majeurs d'une maîtrise pertinente des dépenses de médicaments et de dispositifs médicaux pour les années à venir.

Le médicament à l'hôpital a un prix libre, sauf s'il est remboursé dans le cadre de la liste en sus ou de la rétro-

¹¹ Etude du pôle finances-BDHF FHF

cession. Ces systèmes figent les prix, les remises consenties aux hôpitaux, quel que soit le type d'achat, sont minimes (moins de 2 % de gains, partagés avec l'Assurance maladie). Il est intéressant de noter qu'aujourd'hui la régulation de l'économie du médicament est nettement plus claire et effective pour les médicaments à usage de « ville » que pour ceux à l'usage des « collectivités » ou à usage mixte.

Maintenir et développer le rôle des établissements de santé dans l'accessibilité de l'innovation thérapeutique pour la population est un enjeu considérable pour l'avenir. Il est très probable que ces innovations seront de plus en plus coûteuses, de plus en plus spécifiques, destinées à des populations de plus en plus précises et distinctes. Assurer qu'elles seront disponibles pour les malades qui en ont besoin nécessite de simplifier les procédures pour être lisible et certainement d'aborder des questions qui ne concernent pas que les régulateurs.

B) Au sujet de la liste des dispositifs médicaux implantables

Le volume de dépenses :

■ Les DMI remboursés en sus aux établissements de soins représentent un montant de 1,5Mds € en 2010, 5 % des dépenses remboursées par l'Assurance maladie.

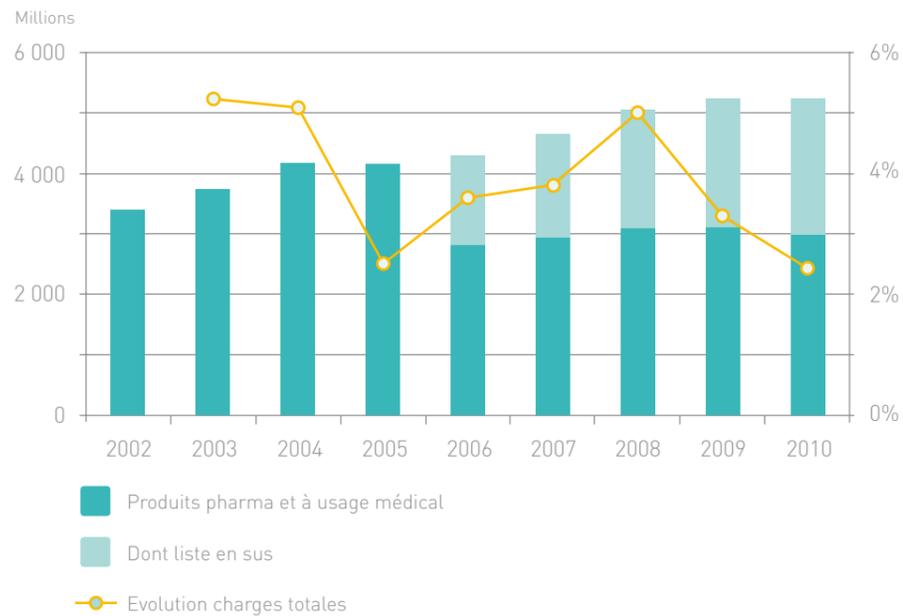
■ En 2010, les DMI hors GHS représentent en moyenne 2,1 % des recettes T2A (contre 1,07 % en 2005) dans les établissements publics de santé, 3,32 % dans les CHU.

■ La part des DMI hors GHS représente 18,86 % des dépenses de fournitures médicales en 2010 contre 16,10 % en 2005 (24 % dans les CHU contre 21 % en 2005), soit 647,7 millions d'€ en 2010 et 603,3 millions d'€ en 2011, soit une baisse de 6,9 %.

■ Le pourcentage autorisé d'augmentation des dépenses de DMI est de 1,5 % en 2012 : le premier semestre 2012 montre une accélération des dépenses (environ +4 %), qui pourrait être plus élevée pendant le 2^e semestre 2012 du fait de l'inscription sur la liste hors GHS en juillet des bioprothèses valvulaires par voie percutanée.

■ Les gains pour les hôpitaux, conséquences des procédures d'achat et des négociations sur les prix CEPS, restent plus importants proportionnellement que ceux résultant des remboursements des médicaments onéreux (autour de 5 %).

Il est intéressant d'observer les évolutions, d'une part, de la liste en sus des médicaments au sein des produits pharmaceutiques et à usage médical et, d'autre part, des charges totales des établissements.



Source : Comptes de gestion- DGFIP. Traitement : pôle Finances- BDHF- FHF

Dans la structure des dépenses de l'hôpital, les dépenses de médicaments et dispositifs médicaux sont particulièrement suivies. En conséquence, une pression s'exerce pour justifier de ces évolutions.

3.3 Contribution des listes en sus à la croissance de l'ODMCO de chaque secteur (construction)

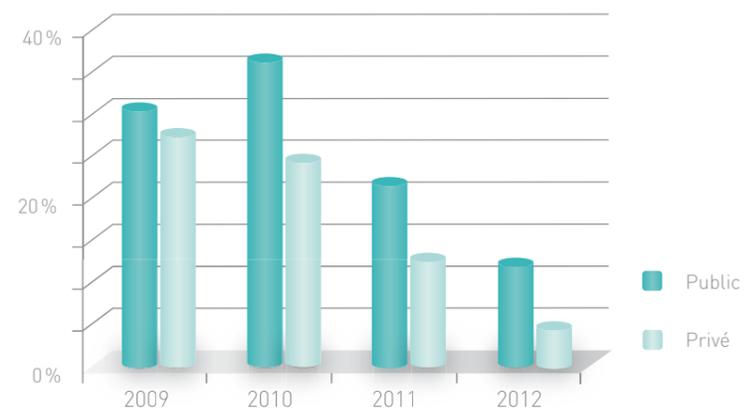
SECTEUR PUBLIC

Année	Evolution de l'enveloppe médicaments et dispositifs médicaux	Contribution à la croissance de l'ODMCO
2009	+12,90 %	30 %
2010	+11,96 %	36 %
2011	+8,16 %	21 %
2012	+4,21 %	12 %

SECTEUR PRIVE

Année	Evolution de l'enveloppe médicaments et dispositifs médicaux	Contribution à la croissance de l'ODMCO
2009	+5 %	27 %
2010	+4,32 %	24 %
2011	+1,90 %	12 %
2012	+0,70 %	4 %

Représentation graphique de la contribution par secteur et par année



Au sein de chaque secteur, nous pouvons également nous intéresser à la part de l'enveloppe Liste en sus (médicaments et dispositifs médicaux implantables) dans l'objectif affiché de dépenses d'activité, et constater avec surprise que celle-ci est supérieure dans le secteur privé (10 % versus 8 %).

04 ÉVOLUTION DE L'ACTIVITÉ ET DE LA PRODUCTIVITÉ

4.1 Activité

Dans le cadre de l'évaluation des effets de la T2A il était naturel de s'intéresser à l'évolution de l'activité des établissements.

Une exploitation des bases de données PMSI a donc été entreprise, conduisant dans un premier temps à recueillir :

- l'activité annuelle en nombre de séjours, avec la distinction hospitalisations complètes/hôpital de jour¹² ;
- pour l'ensemble des établissements ex-DG et l'ensemble ex-OQN ;
- entre 2005 et 2010 ;
- et cela selon les catégorisations d'activité élaborées par l'Atih (domaines d'activité, groupe d'activité, groupes de planification), catégorisations qui, comme les CMD, sont en fait des regroupements de GHM.

Dans un second temps, le groupe s'est efforcé de croiser les évolutions constatées avec celles des tarifs.

4.1-1 Evolution des volumes et des parts d'activité

L'analyse des tableaux et graphiques établis pour chacune de ces catégories (on trouvera en annexe un exemple¹³) conduit au constat général suivant :

Pour une grande majorité des segments d'activité, le secteur ex-DG a connu une évolution significativement positive, en tout cas supérieure à celle du secteur ex-OQN. Cette constatation se traduit par un gain de parts de marché du secteur ex-DG sur un nombre non négligeable de segments d'activité.

On pourra se reporter à l'annexe pour observer notamment que, entre 2005 et 2010 :

■ Selon la catégorisation Domaines d'activité (28 catégories), le secteur ex-DG a vu sa production augmenter de plus de 3% sur 17 groupes en hospitalisations complètes (63%), dont 8 ont augmenté de plus de 10%. Seulement 3 groupes¹⁴ ont vu leur production diminuer (pour l'ambulatoire les résultats analogues sont : 16 groupes ont une augmentation de plus de 3%, mais sur ces 16 groupes, 14 ont une augmentation de plus de 10%). Le secteur ex-OQN de son côté n'a connu que 8 segments d'activité avec une augmentation de plus de 3%, dont 3 ont eu plus de 10%.

Au total, la part de marché du secteur ex-DG a augmenté¹⁵ sur 18 domaines d'activités en hospitalisations complètes (67%) et sur 20 domaines d'activités en hospitalisations de jour (80%).

■ Selon la catégorisation plus fine des groupes de planification (61 catégories), les résultats sont analogues. On se contentera ici de souligner que la part de marché du secteur ex-DG a augmenté sur 41 groupes (73%) en hospitalisations complètes et sur 36 en ambulatoire (80%)¹⁶.

¹² La distinction est faite entre les hospitalisations avec entrée/sortie le même jour et celles avec au moins une nuit à l'hôpital, indépendamment de la qualification de l'unité de prise en charge (ambulatoire).

¹³ Annexe 3 page 131

¹⁴ Il s'agit en fait d'une part du VIH, dont l'activité en hospitalisation complète a fortement diminué depuis les progrès des thérapies médicamenteuses, et d'autre part du vasculaire périphérique et de l'ophtalmologie qui sont des activités où il y a eu un très fort basculement vers l'ambulatoire, expliquant ainsi la baisse générale de l'hospitalisation complète. Ces baisses étaient donc de toute façon attendues, dépendant du contexte.

¹⁵ L'augmentation de la part de marché a été statuée à partir du gain de plus de 1% du pourcentage ex-DG/activité totale.

¹⁶ Les pourcentages s'expliquent par le fait que sur les 61 groupes de cette catégorisation certains ne sont pas éligibles en tant qu'hospitalisations complètes, d'autres en tant qu'hospitalisations de jour.

Exemple



Pour prendre un exemple, on peut se concentrer sur l'activité en digestif (médicale et chirurgicale). Les volumes augmentent en public de façon significative entre 2005 et 2010 que ce soit en HC ou en ambulatoire (entre +3% et +10% dans le 1^{er} cas et avec une évolution supérieure à +10% dans le 2^d cas). Dans le privé les volumes sont en baisse en HC et en hausse en ambulatoire.

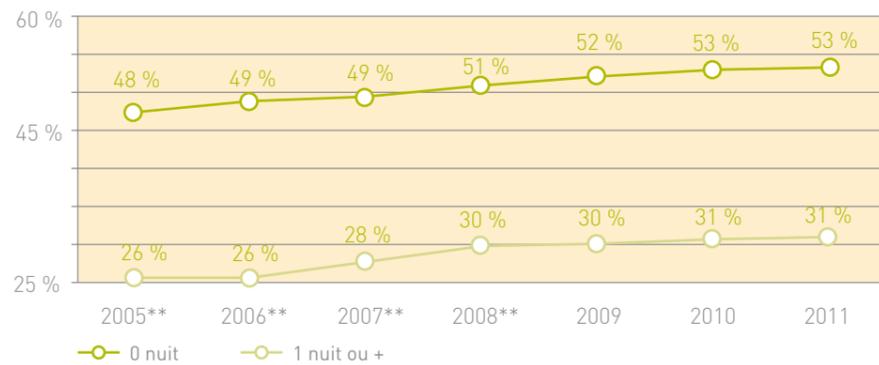
En HC, la part de marché du public se situe entre 60% et 80% et progresse fortement (+de 3% de gain sur la période). En ambulatoire, la part est plus faible (entre 20% et 40%) mais elle progresse avec un gain compris entre 1% et 3% sur la période.

Tous ces constats sont peu diffusés et il reste encore chez de nombreux professionnels des idées reçues sur le dynamisme comparé des deux secteurs (n'entendons-nous pas encore ça et là des prédictions sur la mort programmée depuis de nombreuses années de la chirurgie publique ?).

L'accroissement des volumes semble lié à un élargissement de l'assiette des individus hospitalisés et non à une augmentation des hospitalisations par individu. L'annexe 3 nous permet de constater que sur la période 2009/2011 le nombre d'hospitalisations en MCO - hors séances - s'est accru de +1,9% en France, à peu près comme la file active des hospitalisés (+1,8%), alors que le nombre d'hospitalisations par individus (parmi ceux hospitalisés au moins une fois) n'a pratiquement pas varié (il est passé de 1,4975 à 1,4996 dans la période).

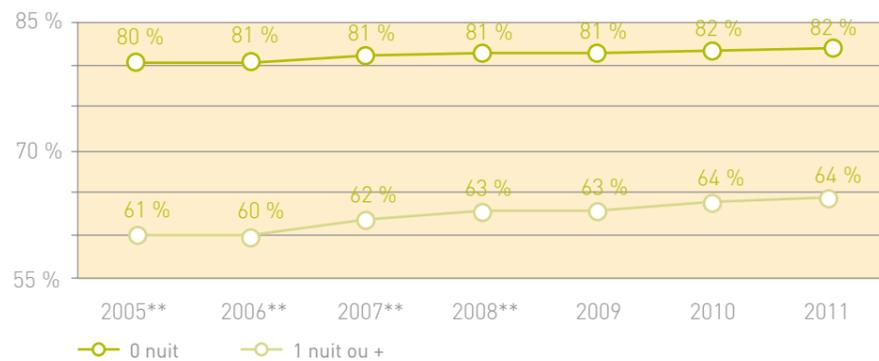
Les graphiques ci-dessous décrivent l'évolution de la part représentée par le secteur public. Nous sommes dans l'obligation de constater que la chirurgie publique est très loin de s'essouffier puisqu'en hospitalisation complète elle est désormais l'acteur majoritaire du marché tandis qu'en ambulatoire elle rattrape peu à peu son retard sur ce qui demeure la grande spécificité du privé.

Chirurgie : Parts de marché du public et parapublic France 2005-2011 (vc DOM-TOM et HIA)



En médecine (voir ci-dessous), non seulement le secteur public approche le monopole (par défaut d'intérêt de la concurrence), mais sa part continue d'augmenter chaque année. En médecine ambulatoire, le public progresse également et représente près des 2/3 du marché.

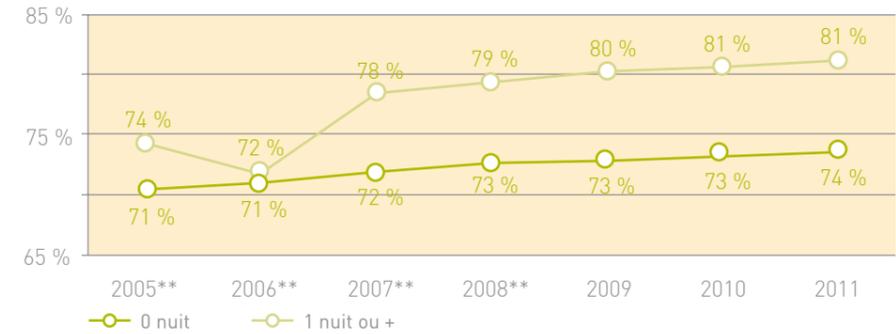
Médecine : Parts de marché du public et parapublic France 2005-2011 (vc DOM-TOM et HIA)



** l'activité des HIA et du CH de Mayotte ont été estimées pour les années 2005-2008
Sources : PMSI ATIH/DHOS - BDHF-FHF

La situation de l'obstétrique se rapproche de celle de la médecine. Le dynamisme du secteur public combiné à l'abandon progressif de cette activité par le privé entraîne une situation qui tend vers le monopole, que ce soit en hospitalisation complète (73,6 % de la part pour le secteur ex-DGF en 2011 ou en hospitalisation de jour [81,3 %]).

Obstetrique : Parts de marché du public et parapublic France 2005-2011 (vc DOM-TOM et HIA)



** l'activité des HIA et du CH de Mayotte ont été estimées pour les années 2005-2008
Sources : PMSI ATIH/DHOS - BDHF-FHF

Ces observations générales rejoignent un certain nombre de constats dressés précédemment, mais soulignent le fait que le dynamisme du secteur ex-DG, vu notamment en différentiel de celui du secteur ex-OQN, a concerné un très large spectre d'activités. En ce qui concerne les causalités, nous pouvons évidemment évoquer les évolutions démographiques (sans doute plus en structure qu'en masse, la population française ayant augmenté de 3 % entre 2005 et 2010), ou encore les effets négatifs des dépassements d'honoraires en secteur ex-OQN. Il semble en revanche difficile d'évoquer l'exhaustivité du codage, dans la mesure où celle-ci était déjà quasiment assurée en 2005 ; quant à l'amélioration de la qualité du codage (par exemple concernant le recueil des co-morbidités), il peut modifier la répartition des séjours entre GHM à l'intérieur d'un même groupe, mais marginalement celle des séjours entre groupes et en aucun cas le volume total. Reste qu'une part sans doute non négligeable de ces phénomènes pourrait être due aux efforts de rationalisation des établissements ex-DG, aussi bien en matière d'organisation interne que de stratégie. A ce titre, nous pouvons considérer que la T2A atteint un de ses objectifs : la suppression du carcan imposé par le budget global, qui n'incitait nullement à augmenter l'activité et qui générait des comportements d'autolimitation (reste à savoir si l'excès inverse est souhaitable).

C'est la raison pour laquelle le groupe de travail s'est intéressé aux liens susceptibles d'exister entre le développement d'activités et ce qu'apporte la T2A à la ré-exécution gestionnaire des établissements, à savoir une différenciation du financement en fonction de segments d'activité. Il s'agit alors de tester le caractère incitatif de la différenciation des rémunérations des différentes activités (le tarif lui-même constituant un incitatif à l'augmentation d'activité).

Plus précisément peut-on corréliser les évolutions d'activité avec celles des tarifs ?

4.1-2 Relation entre évolutions d'activités et évolutions des tarifs

Cette analyse a été effectuée sur un regroupement d'activités moins agrégé que les précédents, jugé plus parlant pour les professionnels, les groupes d'activité (GA), au nombre de 216.

Elle couvre la période 2009-2011¹⁷. Il aurait été intéressant de pouvoir étudier l'évolution des tarifs sur une période plus longue, néanmoins le passage à la V11 ayant provoqué une rupture profonde dans la classification, il s'est avéré impossible de la prendre en compte dans un calcul d'évolution des tarifs car on peut difficilement distinguer la part de l'évolution du tarif de celle de la classification en elle-même.

Par ailleurs, il a été décidé de se concentrer sur quelques-uns de ces groupes (14), les plus importants en nombre de séjours ou en chiffre d'affaires, à la fois pour le secteur ex-DG et le secteur ex-OQN.

On trouvera en annexe les GA sélectionnés, au nombre de 4, ainsi que les critères ayant présidé à cette sélection.

Une difficulté méthodologique a été rencontrée pour l'estimation de la variation des tarifs entre 2009 et 2011, devant tenir compte à la fois des effets volumes (difficulté classique pour tout indice de prix) et des effets de changement de classification (on est passé de la V11b en 2009 à la V11d en 2011). Une méthode a été choisie, explicitée dans l'annexe (schématiquement, pour une année donnée, on raisonne séjour par séjour dans un GA, repérant ses tarifs en début et en fin de période, compte tenu à la fois de son ou ses GHS et de l'évolution des tarifs. On prend alors en compte les deux effets, en moyennant sur l'ensemble des séjours du GA

en début et en fin de période). La multi-périodicité a été prise en compte par un chaînage classique (multiplication de deux variations successives).

L'annexe présente les résultats détaillés sur 4 l GA (variations d'activité entre 2005 et 2011) et variation des tarifs en base 100 2008¹⁸.

Si l'on synthétise ici les principaux résultats que l'on peut retirer de ces calculs, on peut affirmer que :

- **Sur les 14 GA étudiés** (le GA 124 – affections médicales du nouveau-né – n'a pas été étudié compte tenu de la transformation en V11d de la CMD 15, qui provoque de multiples migrations entre GA), **10 présentent les caractéristiques suivantes : la part de marché du secteur ex-DG est en augmentation alors qu'entre 2009 et 2011 les tarifs ex-DG ont diminué et les tarifs ex-OQN ont augmenté.** Seuls 4 GA échappent à ce résultat, pour lesquels la part de marché des ex-DG augmente toujours, mais pour deux d'entre eux les tarifs ex-DG et ex-OQN ont conjointement diminué tandis que pour les deux autres les tarifs des deux secteurs ont conjointement augmenté.
- **En ce qui concerne un éventuel lien entre l'évolution tarifaire et l'évolution des volumes, on constate des situations totalement opposées dans le public et dans le privé. Dans le public, la situation la plus fréquente associe une croissance d'activité à une baisse des tarifs. A l'inverse, dans le privé les tarifs ont généralement progressé pendant que les volumes baissaient.**

¹⁷ Pour cette étude particulière, la base 2011 était disponible contrairement à l'étude sur les volumes. Nous avons utilisé les résultats de cette dernière étude sans 2011 et il a paru clair que la réintégration de 2011 n'aurait changé en rien les conclusions générales.

¹⁸ Annexe 2 : Relation entre évolution des activités et évolution des tarifs pour quatre groupes d'activités.

Public

		Evolution des tarifs	
		+	-
Evolution des volumes	+	2	10
	-		2

Privé

		Evolution des tarifs	
		+	-
Evolution des volumes	+	2	2
	-	10	

Evidemment, on pourrait penser que les tarifs vont à l'inverse des volumes comme mesure incitative. Mais on sait que la régulation prix-volume est globale et ne descend pas à l'activité, **le lien de cause à effet est donc improbable, dans un sens** (l'évolution des volumes entraîne l'évolution des tarifs) **comme dans l'autre** (l'évolution des tarifs aurait une influence sur les volumes).

On pourra remarquer qu'il s'agit par construction de groupes d'activité à effectifs de séjours importants, donc potentiellement sensibles aux dispositifs de convergence, ce qui pourrait peut-être expliquer la fréquence à laquelle les tarifs ex-DG diminuent.

Cela n'a manifestement pas conduit les établissements à freiner leur activité sur ces GA à financement en diminution. D'une façon générale, il n'apparaît pas de liaison entre tarifs et activité (sauf à la limite une liaison négative, ce qu'il faudrait expliquer !) et des travaux statistiques supplémentaires ne paraissent guère nécessaires pour asseoir davantage cette conjecture.

Il semble plutôt que ces éléments (notamment le fait que sur ces regroupements importants la part des ex-DG soit systématiquement en augmentation, et cela quels que soient les tarifs) renforcent plutôt un certain nombre d'observations empiriques conduisant à penser **que la T2A joue moins par la différenciation des tarifs que par le concept de base de financement à l'activité, induisant un effort d'augmentation « tous azimuts »**. Là aussi un certain nombre de causalités peut être évoqué pour expliquer ce phénomène : tout d'abord le fait que l'on a affaire avec l'hôpital à un système professionnel « fort », c'est-à-dire à une collectivité aux logiques d'action fortement polarisées par des référentiels comportementaux stables et socialement légitimés, et qui n'est pas sans résister à d'autres formes d'incitation, telles les incitations économiques. **Mais une autre explication peut être trouvée dans la construction de la T2A elle-même, dont on a souligné la complexité et l'opacité. Il en résulte que le signal économique proposé par ce mode de financement est ambigu, difficile à décrypter** (impossibilité notamment de disposer de marges par des différences entre coûts et tarifs), et de surcroît **instable** (changements de classification et de règles de groupage, introduction dès

la conception des tarifs des variations de l'activité, etc.). Ce constat (qui consiste plutôt, en l'état, en une hypothèse forte) est d'un certain point de vue rassurant, **car il relativise des craintes** perpétuellement rappelées par bon nombre d'acteurs (par exemple **sur les effets de sélection des malades**), mais il n'est pas sans conséquences négatives sur la possibilité d'orienter la gestion et l'organisation des établissements.

QUESTIONNAIRE :

Le risque de sélection des patients est-il avéré ?

	Total	DIR	MED
Sans réponse	3	3	0
Réponses exploitables	85	54	31
NON	25 / 29 %	16 / 30 %	9 / 29 %
OUI	60 / 71 %	38 / 70 %	22 / 71 %

Il est rassurant de constater que seule une minorité d'acteurs estime qu'il existe un risque avéré de sélection de malades dans le secteur public, néanmoins il conviendra de rester vigilant sur cette question puisque visiblement cette perception n'est pas unanime.

La T2A a-t-elle engendré une multiplication de certains actes ?

	Total	DIR	MED
Sans réponse	5	5	0
Réponses exploitables	83	52	31
NON	66 / 80 %	41 / 79 %	25 / 81 %
OUI	17 / 20 %	11 / 21 %	6 / 19 %

Il semble que le secteur public soit encore relativement à l'abri des dérives de multiplication des actes engendrées par le seul système de financement. Ce sentiment est cependant à mettre en regard des constats faits par ailleurs d'un système poussant à la course à l'activité.

Interrogés sur la nature des actes qui ont été multipliés, les enquêtés insistent sur les actes techniques.

Un relais financier a-t-il été mis en place pour pérenniser une activité déficitaire ?

	Total	DIR	MED
Sans réponse	22	16	6
Réponses exploitables	66	41	25
NON	31 / 47 %	19 / 46 %	12 / 48 %
OUI	35 / 53 %	22 / 54 %	13 / 52 %

Il semblerait que seule une moitié des acteurs aient constaté une action pour pérenniser une activité déficitaire. Ces actions consistent en solidarité inter-services ou inter-activités ou prennent la forme d'aide à la contractualisation.

4.2 Productivité

S'est alors imposée l'idée de mettre en parallèle les évolutions des séjours et des effectifs. L'activité a connu une croissance dynamique, et le tableau ci-dessous nous rappelle les évolutions constatées par catégories d'établissements publics entre 2005 et 2011 des séjours relevant des champs médecine, chirurgie et obstétrique.

Volumes d'activité en France - 2005/2011 (yc DOM, hors TOM / Hors chirurgie esthétique) - en milliers de séjours

Statut	Activité*	durée	année						
			2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
CHU	Chirurgie	0 nuit	131	144	157	178	196	209	230
		1 nuit ou +	662	677	680	703	707	706	719
	Médecine	0 nuit (+ séances)	1 441	1 520	1 474	1 501	1 501	1 539	1 608
		1 nuit ou +	1 504	1 526	1 511	1 539	1 559	1 574	1 576
	Obstétrique	0 nuit	86	89	84	83	82	76	76
		1 nuit ou +	168	171	170	173	177	180	183
CH (et HL)	Chirurgie	0 nuit	270	290	308	348	381	402	433
		1 nuit ou +	927	934	930	950	940	932	936
	Médecine	0 nuit (+ séances)	1 509	1 577	1 495	1 503	1 555	1 617	1 672
		1 nuit ou +	2 906	2 968	2 991	3 031	3 066	3 087	3 130
	Obstétrique	0 nuit	164	168	163	166	161	159	155
		1 nuit ou +	478	493	494	505	499	504	494
Privé non lucratif	Chirurgie	0 nuit	88	89	91	98	114	124	135
		1 nuit ou +	224	221	220	220	226	229	230
	Médecine	0 nuit (+ séances)	478	503	493	537	572	596	625
		1 nuit ou +	418	429	429	438	447	455	465
	Obstétrique	0 nuit	13	14	13	14	14	15	15
		1 nuit ou +	57	61	60	60	62	64	64
HIA	Chirurgie	0 nuit	?	?	?	?	6	8	8
		1 nuit ou +	?	?	?	?	24	25	24
	Médecine	0 nuit (+ séances)	?	?	?	?	26	30	31
		1 nuit ou +	?	?	?	?	48	50	50
	Obstétrique	0 nuit	?	?	?	?	0	0	0
		1 nuit ou +	?	?	?	?	1	1	1

Statut	Activité*	durée	année						
			2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
privé lucratif	Chirurgie	0 nuit	1 424	1 526	1 460	1 494	1 617	1 689	1 795
		1 nuit ou +	2 035	1 961	1 920	1 848	1 756	1 707	1 694
	Médecine	0 nuit (+ séances)	2 256	2 411	2 161	2 115	2 155	2 153	2 171
		1 nuit ou +	1 195	1 180	1 170	1 164	1 166	1 158	1 146
	Obstétrique	0 nuit	92	107	72	69	64	61	57
		1 nuit ou +	297	299	287	283	278	277	269

Source : bases PMSI 2005 à 2011 - Atih - FHF/BDHF

Parallèlement, nous disposons des éléments relatifs au personnel médical et non médical des établissements publics, cette fois pour l'ensemble des champs sanitaires.

Sages-femmes et personnel non médical salariés (en ETP) des CHU, CHR et CH entre 2001 et 2011

Catégorie d'établissements	2001	2002	2003	2004	2005	2006
CHU / CHR	245 077	252 432	254 999	258 465	261 395	262 210
CH	324 332	338 693	346 782	355 743	362 964	363 701
Ensemble	569 409	591 125	601 781	614 208	624 359	625 911
Evolution		3,81 %	1,80 %	2,07 %	1,65 %	0,25 %

Catégorie d'établissements	2007	2008	2009	2010	2011
CHU / CHR	269 211	269 056	269 133	273 620	270 500
CH	369 344	373 059	370 004	371 350	376 691
Ensemble	638 555	642 115	639 137	644 970	647 461
Evolution	2,02 %	0,56 %	-0,46 %	0,91 %	0,39 %

Champ : France métropolitaine et DOM, hors Mayotte et hors établissements sociaux, médico-sociaux et de formation. Traitements : BDHF-FHF
Sources : DREES, SAE 2001-2010, traitements DREES
Traitement : FHF-BDHF

Personnel médical salarié (en ETP) des CHU, CHR et CH entre 2001 et 2011

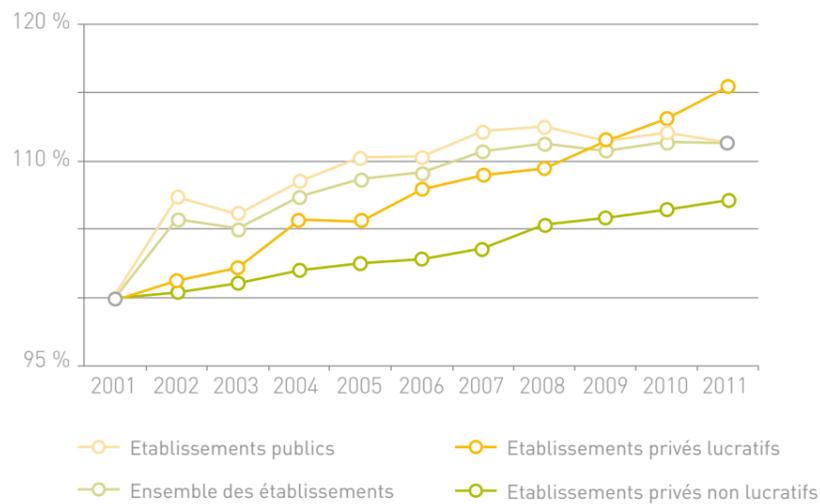
Catégorie d'établissements	2001	2002	2003	2004	2005	2006
CHU / CHR	20 644	20 977	21 566	21 883	22 531	22 589
CH	25 701	26 713	27 680	28 484	29 127	30 015
Ensemble	46 345	47 690	49 246	50 367	51 658	52 604
Evolution		2,90%	3,26%	2,28%	2,56%	1,83%

Catégorie d'établissements	2007	2008	2009	2010	2011
CHU / CHR	23 757	24 348	24 825	25 439	25 776
CH	31 313	31 767	32 397	32 484	33 536
Ensemble	55 070	56 115	57 222	57 923	59 312
Evolution	4,69%	1,90%	1,97%	1,23%	2,40%

Champ : France métropolitaine et DOM, hors Mayotte et hors établissements sociaux, médico-sociaux et de formation. Traitements : BDHF-FHF
 Source : DREES, SAE 2001-2010, traitements DREES
 DREES, SAE 2011, données administratives
 Traitement : FHF-BDHF

Il n'est d'ailleurs pas inintéressant de s'attarder un instant sur l'évolution du personnel médical selon le statut juridique des établissements.

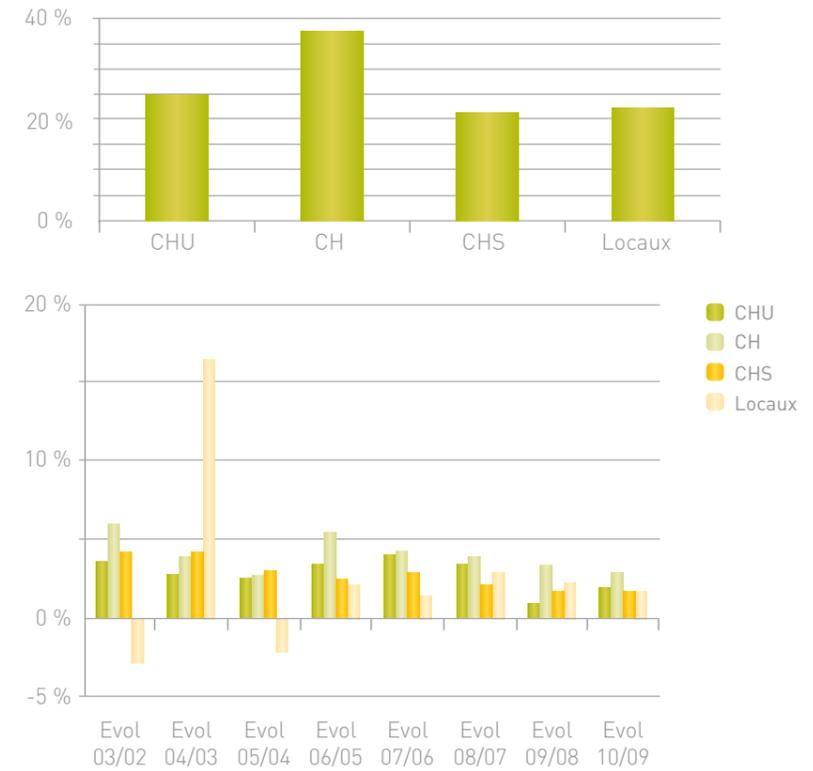
Personnel médical des établissements de santé en France (base 100 en 2001)



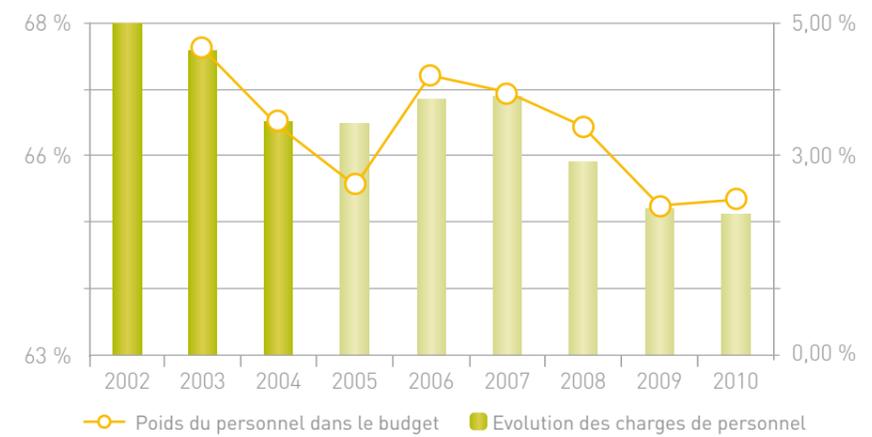
Champ : France métropolitaine et DOM, hors Mayotte et hors établissements sociaux, médico-sociaux et de formation. Traitements : BDHF-FHF
 Source : DREES, SAE 2001-2010, traitements DREES
 DREES, SAE 2011, données administratives

L'étude des données comptables des établissements publics nous apprend que non seulement le poids des dépenses de personnel au sein de la structure de coûts diminue, mais que la cadence de leur progression est contenue.

Evolution du Titre 1 (dépenses de personnel)



Evolution des dépenses du personnel au sein de la structure de coûts Poids relatif et évolution des dépenses



Source : DGFIP

Lorsque nous rapprochons les données d'activité et de personnel, les évolutions d'activité et du personnel médical sont concordantes mais celle du personnel non médical est très largement inférieure.

Volume d'activité en n. de séjours MCO		
2007	2011	Evolution
10 455 858	11 212 214	7,23%

ETP Personnel Médical		
2007	2011	Evolution
55 070	59 312	7,70%

ETP Sages-femmes et PNM		
2007	2011	Evolution
638 555	647 461	1,39%

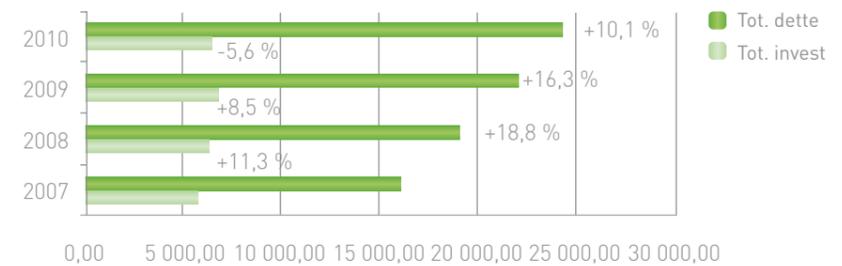
05 INVESTISSEMENT

La question de la tarification à l'activité ne doit pas être considérée du seul point de vue du fonctionnement des établissements, elle doit aussi être étudiée à l'aune des promesses que portait initialement le projet de réforme du financement des établissements de santé : un soutien à l'investissement.

Si les plans Hôpital 2007 et Hôpital 2012, pour sa première phase, ont répondu à l'attente des responsables d'établissements de santé en relançant l'investissement hospitalier, il n'en demeure pas moins que la modernisation des hôpitaux n'est pas achevée à ce jour.

Les dépenses d'investissement des hôpitaux ont atteint 6,4 Md€ en 2010 alors que dans le même temps la dette a augmenté de presque 10 % entre 2009 et 2010 pour culminer à plus de 24Md€¹⁹.

Evolutions comparées de la dette et de l'investissement 2007 et 2010
en millions €



	2007	2008	2009	2010
TOT. DETTE	15 969,78	18 969,34	22 060,97	24 289,31
TOT. INVEST	5 618,05	6 255,23	6 785,27	6 406,30

Source : Comptes de gestion de la DGFIP

Il est probable que leur nature soit très sensiblement différente des investissements réalisés ces dix dernières années notamment en matière d'évolution des prises en charges médicales, des systèmes d'information et d'intégration des objectifs de retour sur investissement (ROI).

Il est légitime de s'interroger sur la capacité des hôpitaux à financer ces nouveaux investissements. Leur capacité d'autofinancement (CAF) a subi de fortes pressions budgétaires ces dernières années alors que simultanément leur endettement ne faisait que progresser, les exposant davantage aux risques liés à la composition des capitaux permanents²⁰, à la montée factuelle des marges bancaires et à la remontée toujours possible des taux réels. La CAF générée est insuffisante, la situation s'améliore mais demeure inférieure au niveau des besoins.

La part de financement de l'immobilier présumée incluse dans les tarifs des GHS et des actes n'est pas à ce jour connue. On a selon les moments parlé de 4 % de frais de structure inclus, plus récemment de 3 %, voire moins. Quoiqu'il en soit,

¹⁹ Annexe 5 : Impact financier.

²⁰ La consolidation de déficits cumulés appauvrit graduellement la part des capitaux propres indépendamment du recours aux emprunts.

le caractère forfaitaire et égalitaire des tarifs met les établissements dans des situations disparates par rapport à l'investissement auquel ils doivent consentir :

- soit les tarifs sont globalement insuffisants pour couvrir les coûts de revient et générer de la marge. Dans ce cas, ils ne peuvent assurer convenablement la maintenance, l'entretien des hôpitaux existants et les mises aux normes récurrentes²¹, voire moderniser leur organisation dans l'objectif de réduire leurs coûts d'exploitation ;
- soit les coûts sont proches des tarifs et la part de financement incluse ne suffit pas à assurer le renouvellement normal des équipements, situation qui se sera aggravée au fur et à mesure de l'avancée de la convergence tarifaire ;
- soit enfin les coûts sont nettement inférieurs aux tarifs, notamment dans le cas d'établissements aptes à sélectionner leur clientèle, et la T2A procure des effets d'aubaine sur l'investissement des établissements intéressés ;
- conscients de cette difficulté, les pouvoirs publics ont tenté de la pallier en prévoyant des systèmes d'accompagnement financier contractuels (AC), mécanisme qui s'est révélé de plus en plus fragile au fil des exercices et adossé à un endettement en forte croissance, lui-même générateur des difficultés rappelées ci-dessus. Il paraît clair que ce modèle a atteint – et parfois même dépassé – sa limite, ce qui a amené les pouvoirs publics à publier le décret du 14 décembre 2011 limitant les capacités d'emprunt des établissements de santé (cf. Section II).
- reste à savoir si les ROI escomptés seront suffisants pour financer ces investissements, en tout cas ceux dont la « rentabilité » est visible, hors missions d'intérêt général.

5.1 L'investissement et l'équilibre économique dynamique des établissements publics de santé

Après avoir discuté de l'évolution des besoins en investissement et de l'impact de l'environnement tant sanitaire que socio-économique, nous nous attarderons sur la question de l'articulation entre les ressources bilanciées (fonds propres, emprunts, subventions, dons) et les revenus récurrents (notamment tarifs) qui alimentent les marges et par conséquent la capacité des établissements publics de santé à investir reste à traiter.

Cette question doit de plus être mise en regard de :

- la situation du marché du crédit ;
- la préservation de l'autonomie de décision des établissements de santé en matière d'investissement.

L'analyse économique et financière de la situation des établissements publics

Les données présentées ci-après reposent sur :

- les ratios de la Banque de données hospitalières de France (BDHF) issus du module « Finances 2010 » ;
- des données des CHRU²² issues des Plans globaux de financement pluriannuel (PGFP) ;
- les ratios du décret du 14 décembre 2011 de limitation du recours à l'emprunt.

D'une part, l'indépendance financière²³ des hôpitaux a continué à se dégrader passant de 42,3% en 2007 à 46,3% en 2010, soit +4 points. Les plus impactés par cette restriction des marges de manœuvre sont les CHRU (+5%) et les moyens et gros CH qui deviennent de plus en plus dépendants du marché bancaire, lui-même en crise.

²¹ Il suffit d'ailleurs pour s'en convaincre d'examiner la vétusté persistante malgré Hôpital 2007 de notre parc hospitalier

²² La sensibilité des CH non U paraît cependant plus importante aux fluctuations du cycle d'exploitation, notamment dans le cadre de la T2A

²³ Le ratio d'indépendance financière mesure le poids de l'endettement dans l'ensemble des ressources stables ou capitaux permanents (passif, haut de bilan). Même si ce ratio est dénommé « indépendance financière », il mesure en fait le taux de dépendance financière. Sa dénomination a été conservée car elle est couramment pratiquée par les établissements hospitaliers et les établissements de crédit.

Indépendance financière des CHU et CH par rapport à la moyenne nationale (en %)

	Centres hospitaliers régionaux	CH avec budget exploitation 20 > 70M €	CH avec budget exploitation > 70M €	CH avec budget exploitation < 20M €
2010	50,9	49,2	45,9	37,9
2009	49,1	46,9	44,2	36,6
2008	45,7	45,6	43,0	37,0

	Hôpitaux locaux	Centres hospitaliers spécialisés	Moyenne nationale
2010	34,4	27,7	46,3
2009	33,6	24,7	44,2
2008	31,8	24,3	42,3



Ratio module Finances 2010 - Poids de la dette financière (en jours)

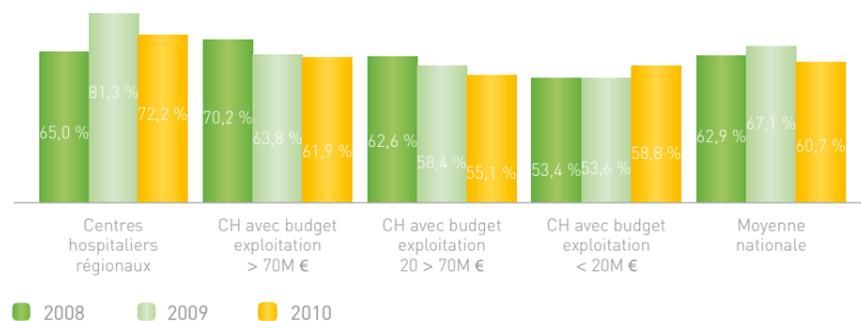
Ratio module Finances 2010 - Degré de limitation de l'autofinancement (en %)

Les capacités d'autofinancement se sont mécaniquement détériorées sur la période et majoritairement du fait des CHU qui tirent la moyenne nationale vers des niveaux péjoratifs en 2008 et 2009. Leur situation s'améliore en 2010, restant toutefois nettement supérieure à la moyenne nationale.

	Centres hospitaliers régionaux	CH avec budget exploitation 20 > 70M €	CH avec budget exploitation > 70M €	CH avec budget exploitation < 20M €
2010	72,2	61,9	55,1	58,8
2009	81,3	63,8	58,4	53,6
2008	65,0	70,2	62,6	53,4

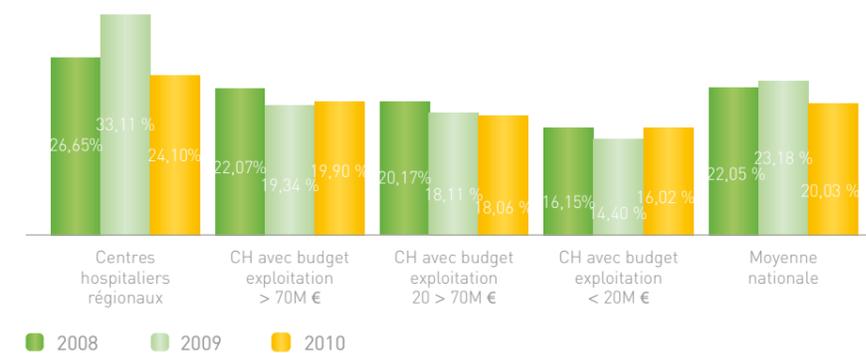
	Hôpitaux locaux	Centres hospitaliers spécialisés	Moyenne nationale
2010	50,6	33,4	60,7
2009	54,9	38,1	67,1
2008	51,3	40,9	62,9

Attention, les données de l'AP-HP n'ont pas été intégrées.



	Centres hospitaliers régionaux	CH avec budget exploitation 20 > 70M €	CH avec budget exploitation > 70M €	CH avec budget exploitation < 20M €
2010	24,10	19,90	18,06	16,02
2009	33,11	19,34	18,11	14,40
2008	26,65	22,07	20,17	16,15

	Hôpitaux locaux	Centres hospitaliers spécialisés	Moyenne nationale
2010	15,58	10,83	20,03
2009	15,87	9,94	23,18
2008	16,44	11,41	22,05



Enfin, le poids de la dette financière en jours s'est amélioré ou a stagné pour la plupart des catégories, sauf petits CH et CHS. Au niveau national, il a baissé de 3 jours du fait des CHU qui voient ce ratio fortement diminuer en 2010.

RAPPELS DES RATIOS

- Indépendance financière (%) : mesure le taux d'endettement. Au-delà de 50 %, l'établissement devient fortement dépendant des organismes prêteurs. Dettes financières à long terme / capitaux permanents.
- Degré de limitation de l'autofinancement (%) : évalue le poids du remboursement de la dette rapporté aux amortissements, soit la part des dotations aux amortissements « consommée » par le remboursement des emprunts. Frais financiers / charges d'exploitation de l'exercice.
- Poids de la dette financière (en jours) : mesure, en jours, le poids de la dette sur les charges d'exploitation soit directement (frais financiers) soit par le jeu des amortissements. Remboursement.

Par sa vocation limitative, le décret du 14 décembre 2011 aura pour effet de stabiliser la situation d'endettement des établissements en difficulté, mais pas de prévenir l'aggravation de celle des hôpitaux moins dépendants à ce jour du marché bancaire - ce n'est d'ailleurs pas son objet. En revanche, son effet de mise en doute de la fiabilité des établissements de santé publics a été immédiatement perçu par les prêteurs.

Au vu de ces éléments, il a semblé pertinent de développer une analyse plus poussée sur la situation des CHRU.

Le programme Hôpital 2007 a permis de relancer l'investissement hospitalier, qui a atteint ces dernières années, voire dépassé en 2008 et 2009, 6 à 7 Mds € par an dans le secteur hospitalier dont 2 Mds € par an dans les CHRU (avec un pic à 2,57 Mds € en 2009) en doublement par rapport aux années 90.

Pour cela, notamment à partir de 2006, les pouvoirs publics ont privilégié le recours à l'endettement des Etablissements publics de santé (EPS) sous-estimant sans doute l'effet multiplicateur de la dette dû à la raréfaction des fonds propres des EPS, elle-même liée à l'assèchement de leurs marges à un niveau inférieur à 6%.

Le programme Hôpital 2012 paraît confronté à la même difficulté, à l'importante différence près qu'il s'applique à une configuration où l'endettement a été saturé par le plan précédent, et où de surcroît les questions de stabilité des marchés financiers et d'évolution de la dette publique

invitent acteurs et décideurs à la plus grande prudence.

Certes ce programme affirme le primat du retour sur investissement comme critère principal de soutien de l'investissement, ce qui dans un contexte de diminution tendancielle des tarifs publics est une manière de démentir par avance la validité des calculs économiques utilisés.

D'après les données des derniers PGFP exécutoires, les besoins de satisfaire en CHRU (hors AP-HP et Fort-de-France) devraient amorcer une légère décroissance pour s'établir à 1,5 Md€ par an. La marge nette qu'ils dégagent pouvant être estimée à 0,5 Md € par an, et les dotations (subventions) continuant à jouer un rôle résiduel, leur besoin de financement avoisinera donc 1 Md € par an.

Les tableaux annexés donnent un aperçu des évolutions attendues : intensification de l'endettement et dégradation (certes limitée mais élevée) de l'indépendance financière (rapport entre la dette à moyen et long termes et les capitaux permanents).

Il en résulterait une situation préjudiciable aux EPS, une nouvelle fragilisation de leur structure patrimoniale, sans oublier que la dette publique prise dans son ensemble en subirait également des conséquences certes modestes mais indésirables dans la conjoncture qui s'ouvre.

Deux axes paraissent à privilégier : la surveillance continue de la marge et la levée de fonds.

01_L'amélioration de la marge repose principalement sur quatre recommandations²⁴

Un correctif durable doit être apportée, sinon aux principes de la T2A, du moins à la relation entre coûts et tarifs en intégrant la notion de qualité et de pertinence des soins prodigués dans la stimulation tarifaire. Il apparaît par ailleurs que la détermination par les pouvoirs publics de tarifs de plus en plus indépendants des coûts, qui est à l'œuvre depuis plusieurs années, touche ses limites.

- **L'abandon de la tarification à «marge nulle»** dévolue par voie réglementaire aux établissements pour les activités non productives (négoce et missions d'intérêt général) ;

- La promotion des projets avec un ROI positif est une nécessité notamment pour un calibrage adéquat du projet. Toutefois, il convient de ne pas mettre de côté les investissements à la «rentabilité nulle ou différée» ;

- Une **articulation nouvelle à trouver avec les mutuelles et complémentaires** à l'occasion de la disparition des Tarifs journaliers de prestations (TJP) qui jouent aujourd'hui un rôle paradoxal mais irremplaçable **pour relayer au sein de la marge le financement déficitaire issu des GHS.**

02_La levée de fonds doit privilégier le renforcement des fonds propres en passant par trois orientations

- Veiller à l'équilibre des comptes de résultat des EPS, l'accumulation de déficits étant de nature à, d'une part, rompre le rapport entre fonds propres et fonds prêtés dans la composition des capitaux permanents, d'autre part, dans la plupart des situations, à éroder la trésorerie ;

- Préférer le mécanisme de la dotation plutôt que le soutien à l'endettement. En d'autres termes, l'endettement des établissements de santé - même encadré par des normes juridiques renouvelées- doit redevenir une décision autonome, indépendante de stimulations de court terme offertes aujourd'hui par les pouvoirs publics à travers le mécanisme AC ;

- Diversifier les solutions de financement, à ce jour par trop restreintes à l'AC, tant s'agissant des fonds propres que des emprunts en impliquant notamment l'enseignement et la recherche et/ou les missions d'intérêt général (activités qui supposent des investissements dépourvus de retour par la T2A).

En définitive, l'investissement hospitalier peut raisonnablement se frayer un chemin dans les embûches de la crise économique et financière et des conséquences qui en résultent pour autant que le modèle de financement puisse, pour sa part, évoluer.

²⁴ Le troisième étant l'élévation de l'efficacité, facteur évident mais aussi délicat à manipuler en raison de son intricication avec les tarifs et les projets d'investissement eux-mêmes.

QUESTIONNAIRE :

La T2A a-t-elle eu un impact direct sur l'investissement ?

	Total	DIR	MED
Sans réponse	5	2	3
Réponses exploitables	83	55	28
NON	66 / 80 %	45 / 82 %	21 / 75 %
OUI	17 / 20 %	10 / 18 %	7 / 25 %

Selon vous, hors Hôpital 2007 et 2012, les tarifs vous permettent-ils de préserver les ressources d'investissement ?

	Total	DIR	MED
Sans réponse	5	1	4
Réponses exploitables	83	56	27
NON	72 / 87 %	51 / 91 %	21 / 78 %
OUI	11 / 13 %	5 / 9 %	6 / 22 %

La perception des acteurs de terrain à propos de l'impact de la T2A sur l'investissement est sans appel : pour l'écrasante majorité des répondants, celle-ci a clairement eu un impact important. A 87%, les répondants considèrent que les tarifs ne permettent pas de préserver les ressources d'investissement. Les responsables désignés sont aussi bien le niveau de financement (Ondam) que le système de financement (T2A).

Votre établissement a-t-il bénéficié d'un plan Hôpital 2007 et/ou 2012 ?

	Total	DIR	MED
Sans réponse	8	1	7
Réponses exploitables	80	56	24
NON	33 / 41 %	21 / 38 %	12 / 50 %
OUI	47 / 59 %	35 / 63 %	12 / 50 %

Hors plans 2007 et 2012, la T2A a-t-elle modifié les sources de financement de l'investissement via ?

• **Activité**

	Total	DIR	MED
Sans réponse	19	10	9
Réponses exploitables	69	47	22
IMPACT POSITIF	46 / 67 %	26 / 55 %	20 / 91 %
IMPACT NEGATIF	23 / 33 %	21 / 45 %	2 / 9 %

• **CAF**

	Total	DIR	MED
Sans réponse	20	8	12
Réponses exploitables	69	49	19
IMPACT POSITIF	35 / 51 %	23 / 47 %	12 / 63 %
IMPACT NEGATIF	33 / 49 %	26 / 53 %	7 / 37 %

• **Emprunt**

	Total	DIR	MED
Sans réponse	28	17	11
Réponses exploitables	60	40	20
IMPACT POSITIF	32 / 53 %	23 / 58 %	9 / 45 %
IMPACT NEGATIF	28 / 47 %	17 / 43 %	11 / 55 %

Plus de 90% des médecins considèrent que l'activité est aujourd'hui une source de financement de l'investissement, lorsque seulement 55% des directeurs le pensent. Ils sont 63% et 47% à porter ce jugement sur la CAF.

Dès lors, il est logique que la tendance s'inverse et que 58% des directeurs considèrent que suite à la T2A, l'emprunt a vu son rôle croître en tant que source du financement de l'investissement. C'est l'avis de 45% des médecins.

06 IMPACT QUALITÉ

Depuis la mise en œuvre de la T2A est agité le spectre d'une dégradation de la qualité des soins. C'est la raison pour laquelle ce travail d'évaluation ne pouvait occulter ce qui est le cœur des missions de l'hôpital. La T2A, on l'a vu, est authentiquement un facteur de dynamisme de l'activité, mais l'on ignore si elle est qualitativement pertinente.

Cette interrogation se pose avec d'autant plus d'acuité que des expérimentations visant à introduire du paiement à la qualité seront conduites dès la campagne 2013.

Pour éclairer cette interrogation, nous avons ici fait le choix d'aborder ce sujet à travers 7 axes de lecture :

- La perception des corps de direction et médical
- La pertinence
- L'évolution de la prise en charge
- Le phénomène de réadmission
- Le délai entre le diagnostic de cancer et la première chimiothérapie
- La durée de séjour
- Le phénomène des files d'attente

QUESTIONNAIRE²⁵ :

Une petite moitié des répondants considère que la T2A n'a pas eu de conséquences sur la qualité des soins, et un tiers d'entre eux indique qu'elle a eu un impact positif.

L'introduction de la T2A a-t-elle eu des conséquences sur la qualité des soins?

	Total	DIR	MED
Sans réponse	14	13	1
Réponses exploitables	74	44	30
NEGATIVES	16 / 22 %	8 / 18 %	8 / 27 %
NULLES	34 / 46 %	21 / 48 %	13 / 43 %
POSITIVES	24 / 32 %	15 / 34 %	9 / 30 %

²⁵ L'intégralité des réponses est disponible en annexe

De quel ordre (DS, délais, attentes, infections nosocomiales...) ?

Exemples de réponses fréquemment apportées :

- Durée moyenne des séjours (23) ;
- Augmentation des tâches administratives du personnel médical et paramédical, pression sur les équipes ;
- Juste prescriptions ou examens ;
- Augmentation de la chirurgie ambulatoire et de l'hospitalisation de jour ;
- Limitation des ressources d'activités supports non financées par la T2A (psychologie, assistante sociale, rééducation, douleur...), insatisfaction des patients sur la disponibilité des personnels, temps de transmission réduits, difficultés à maintenir des staffs pluridisciplinaires.

Votre établissement a-t-il été contraint d'abandonner certaines activités ?

	Total	DIR	MED
Sans réponse	2	0	2
Réponses exploitables	86	57	29
NON	14 / 16 %	11 / 19 %	3 / 10 %
OUI	72 / 84 %	46 / 81 %	26 / 90 %

Parmi les activités qui ont dû être abandonnées, figurent, dans l'ordre décroissant des réponses :

- Chirurgie ;
- Maternité-obstétrique ;
- Pédiatrie adolescents ;
- Neurologie ;
- Soins continus - chirurgie.

Votre établissement a-t-il renforcé certaines activités ?

	Total	DIR	MED
Sans réponse	7	3	4
Réponses exploitables	81	54	27
NON	22 / 27 %	13 / 24 %	9 / 33 %
OUI	59 / 73 %	41 / 76 %	18 / 67 %

Parmi les activités qui ont été renforcées, figurent, dans l'ordre décroissant des réponses :

- Ambulatoire et HDJ (17) ;
- Spécialités de chirurgie (11) ;
- Périnatalité + maternité et gynéco obstétrique (9) ;
- Chirurgie orthopédique (8) ;
- Gériatrie et aval des Urgences (8).

Votre établissement a-t-il développé certaines activités nouvelles ?

	Total	DIR	MED
Sans réponse	5	1	4
Réponses exploitables	86	56	27
NON	55 / 66 %	41 / 73 %	14 / 52 %
OUI	28 / 34 %	15 / 27 %	13 / 48 %

Il est ici intéressant de souligner que médecins et directeurs n'apportent pas tout à fait la même réponse :

- Médecine gériatrique, court séjour et post Urgences polyvalent court séjour (16) ;
- HDJ (8) ;
- Unité neurovasculaire (UNV) (6) ;
- Chirurgie vasculaire (4) ;
- Médecine : hospitalisation de nuit (polysomnographie) (4).

6.1 Pertinence

Etude relative à l'enchaînement de la coronarographie diagnostique et de l'angioplastie coronaire en France en 2009-2010

Une étude sur l'enchaînement de la coronarographie diagnostique et de l'angioplastie coronaire en France en 2009-2010 montre des résultats assez frappants ouvrant la porte à de nombreuses questions. En effet, on y découvre qu'un certain nombre de cliniques lucratives a un comportement en la matière très différent de la pratique constatée par ailleurs. Par exemple, certaines d'entre elles possèdent jusqu'à 63% de cas où l'angioplastie n'est pas réalisée dans le même temps opératoire que la coronarographie diagnostique (le taux médian national étant de 9%, et de seulement 4% pour un établissement public). On constate que les 39 établissements qui ont les plus forts taux sur ce critère sont tous privés (37 sont lucratifs). Cette étude a distingué les cas où les 2 procédures se faisaient au cours du même séjour en étant séparées d'une à 14 nuits (le taux médian est de 5%, certaines cliniques vont jusqu'à 60%, les 26 premiers établissements avec les taux les plus élevés sont tous privés), de ceux qui se font au cours d'un séjour

différent dans le même établissement (un établissement médian possède 2% de ses angioplasties dans ce cas, certaines cliniques atteignent 28% et tous les établissements ayant les taux les plus élevés sont lucratifs). Les cas où les deux procédures sont réalisées dans deux établissements différents sont rares mais les cas où les valeurs sont les plus élevées ne concernent en aucun cas des établissements de recours reconnus.

Au vu de ces résultats on peut se demander si dans certains cas l'intérêt financier (en termes de facturation) ne prime pas sur l'intérêt du patient qui semble être généralement la procédure unique – on distinguera les cas référencés par les sociétés savantes où une concertation médico-chirurgicale est conseillée avant l'angioplastie. La procédure unique assure un meilleur confort et un risque moindre en termes de morbidité puisque le risque anesthésique est divisé par deux, tout comme le risque infectieux, le risque d'irradiation, le risque de décompensation de la lésion pendant le délai...

Au-delà de la pertinence de séparer ces deux procédures, nous pouvons nous interroger sur la pertinence elle-même de la réalisation de certains actes : il peut s'agir de certaines angioplasties, poses de stents, coronarographies probablement parfois prescrites dans un package de contrôle, mais la question peut également se poser pour de très nombreux autres actes, notamment ceux dits de « contrôle » qui se multiplient chaque année et dont la pertinence et l'opportunité sont très difficiles à encadrer.

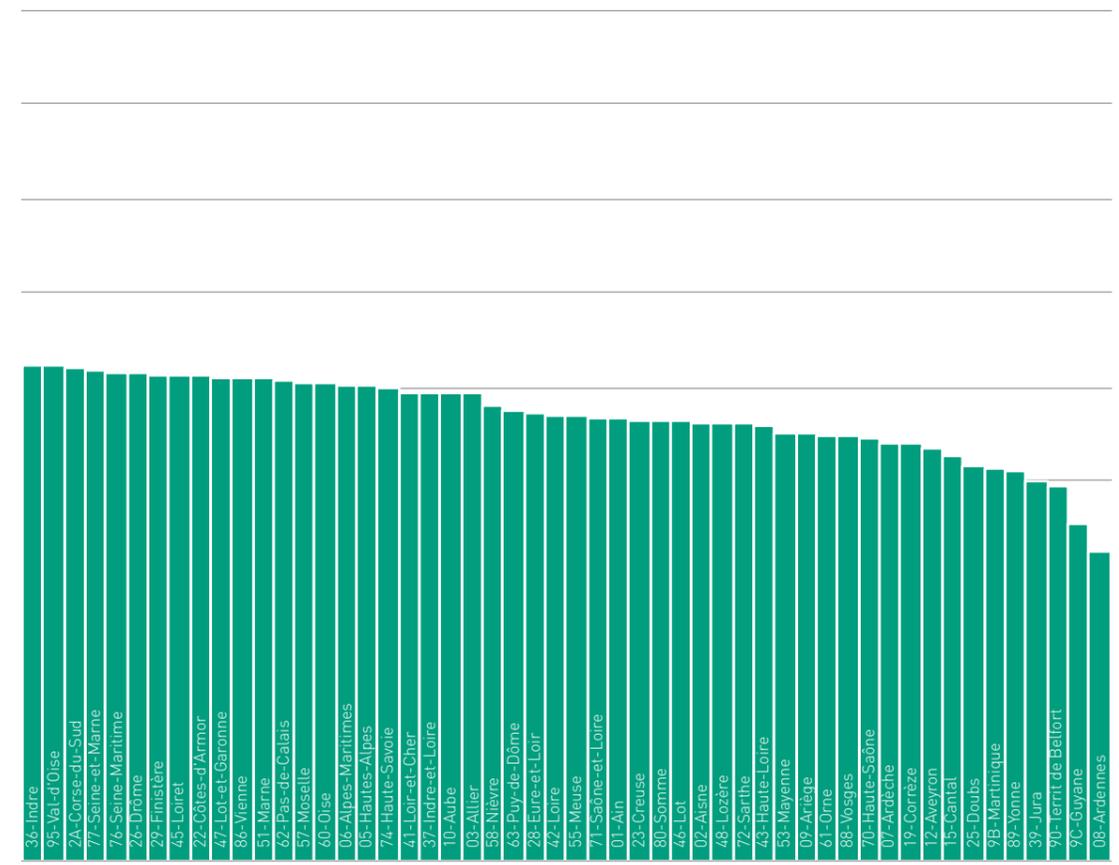
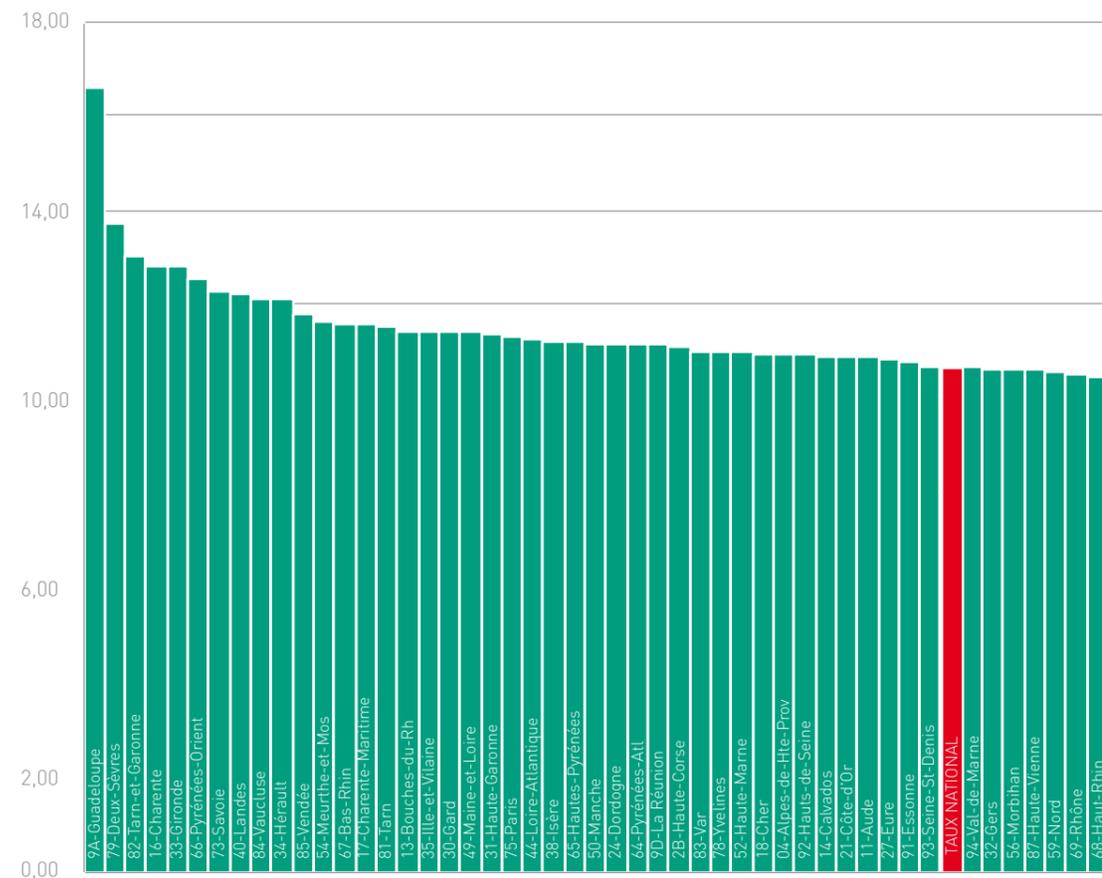
Etude sur les taux de recours pour 5 actes

Sur de nombreux actes, nous constatons des taux de recours par habitant parfois très variables d'un départe-

ment à l'autre, y compris après avoir éliminé l'effet âge. Dans les exemples d'actes présentés ici (certains sont très fréquents comme la cataracte ou la coloscopie diagnostique), on constate des taux de recours allant souvent du simple au double ou triple, voire d'un rapport de 1 à 14 (canal carpien, 0,30/1000 hab. à la Réunion contre 4,12/1000 hab. en Haute-Marne). Evidemment, certaines spécificités régionales peuvent probablement justifier un besoin de santé différent en la matière. Mais avec de telles différences ? C'est peu probable. Comment justifier qu'à structure d'âge identique les Haut-Alpins (05) aient deux fois plus de probabilité de subir une coloscopie diagnostique que les Savoyards (73) ? A ce stade, rien n'indique qui applique le « bon » taux, néanmoins on peut légitimement s'interroger et s'inquiéter de telles différences car soit les uns sont sur-médicalisés, soit ce sont les autres qui sont sous-médicalisés, ou probablement un peu des deux.

CATARACTES EN 2011

Indices standardisés = ratio obtenu avec le taux de recours du département mais en redressant son profil d'âge à l'identique du profil national

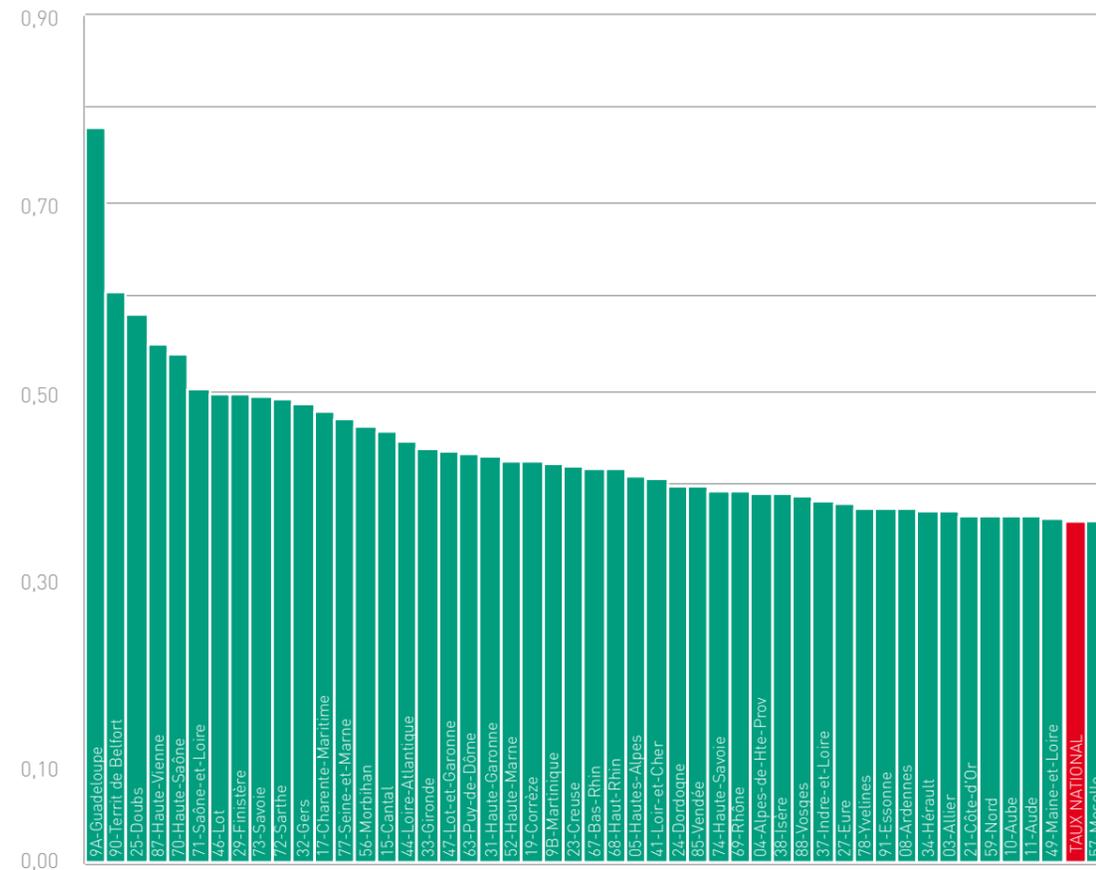


sources : PMSI 2011 - ATIH/DGOS - Insee Modèle Omphale 2010

Le taux de recours standardisé (donc à structure d'âge identique) s'étend de 6,53 interventions pour 1000 habitants (Ardennes) à 16,61 interventions pour 1000 habitants (Guadeloupe). La moyenne nationale se situe à 10,68 interventions pour 1000 habitants.

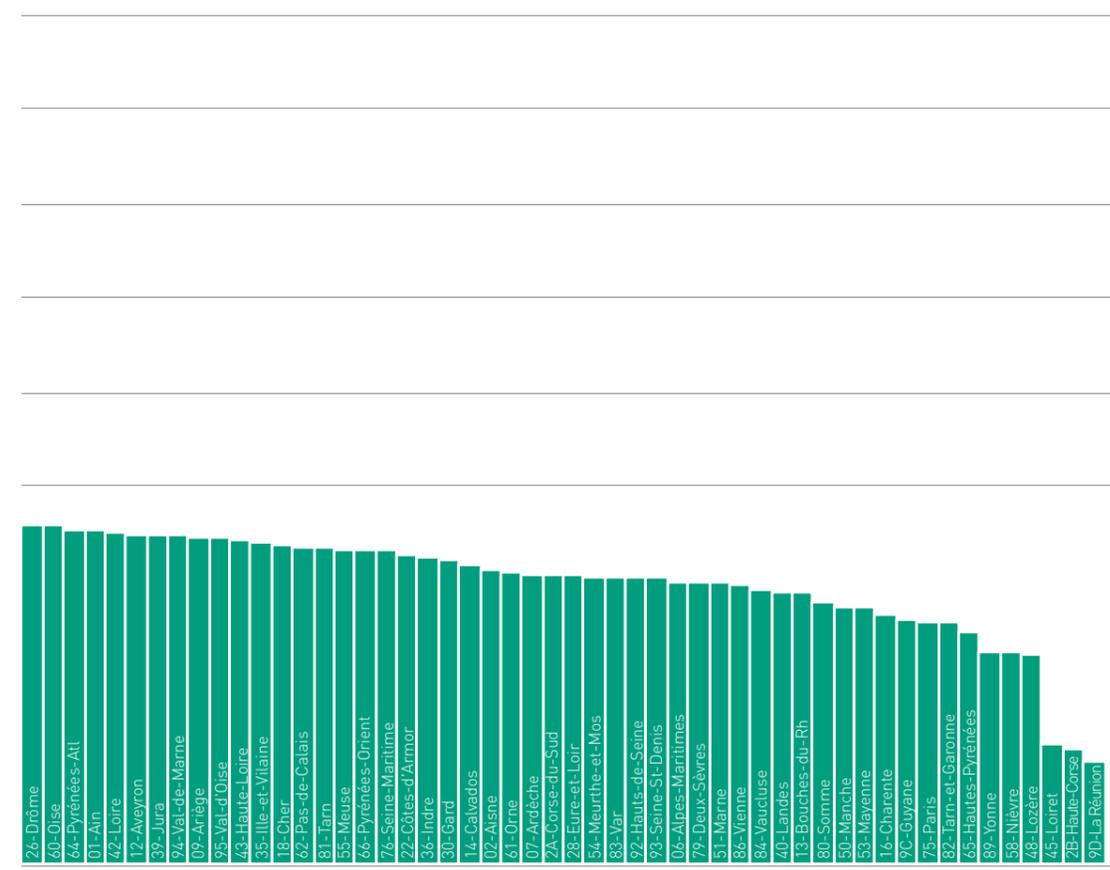
PROSTATECTOMIES TOTALES POUR CANCER EN 2011

Indices standardisés = ratio obtenu avec le taux de recours du département mais en redressant son profil d'âge à l'identique du profil national



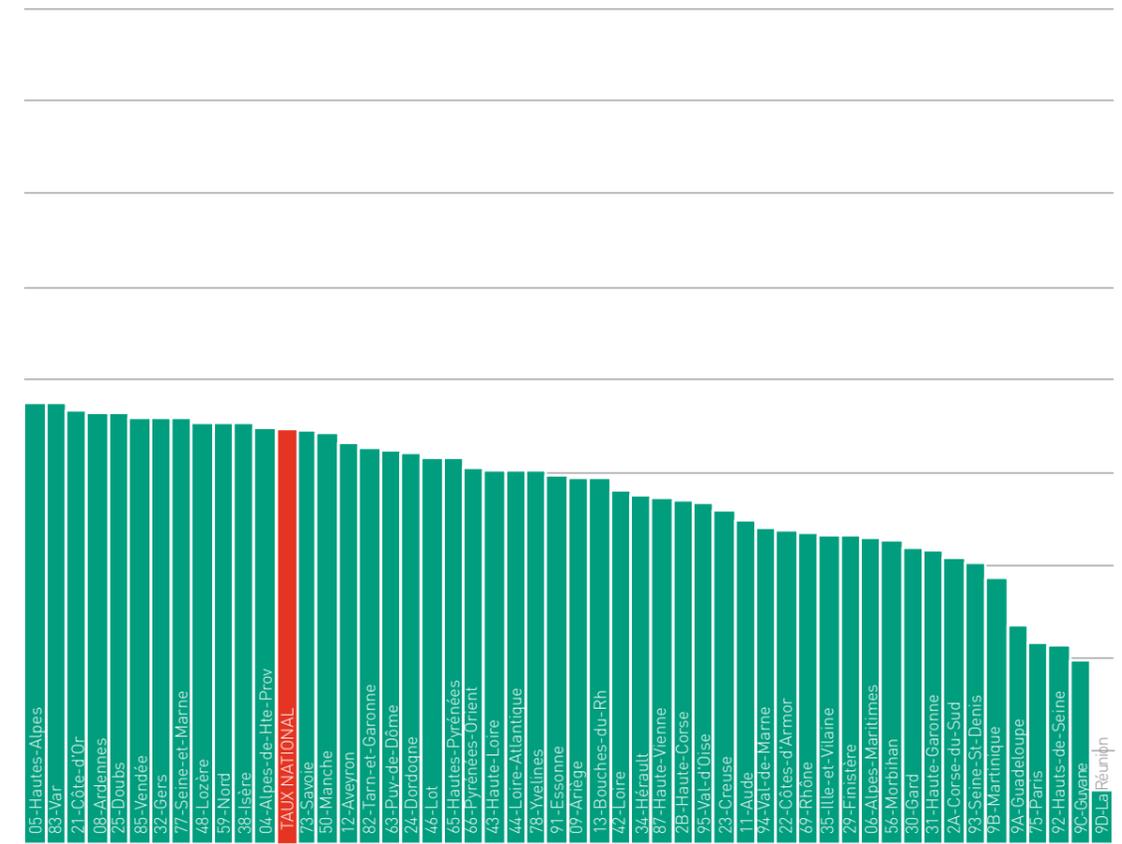
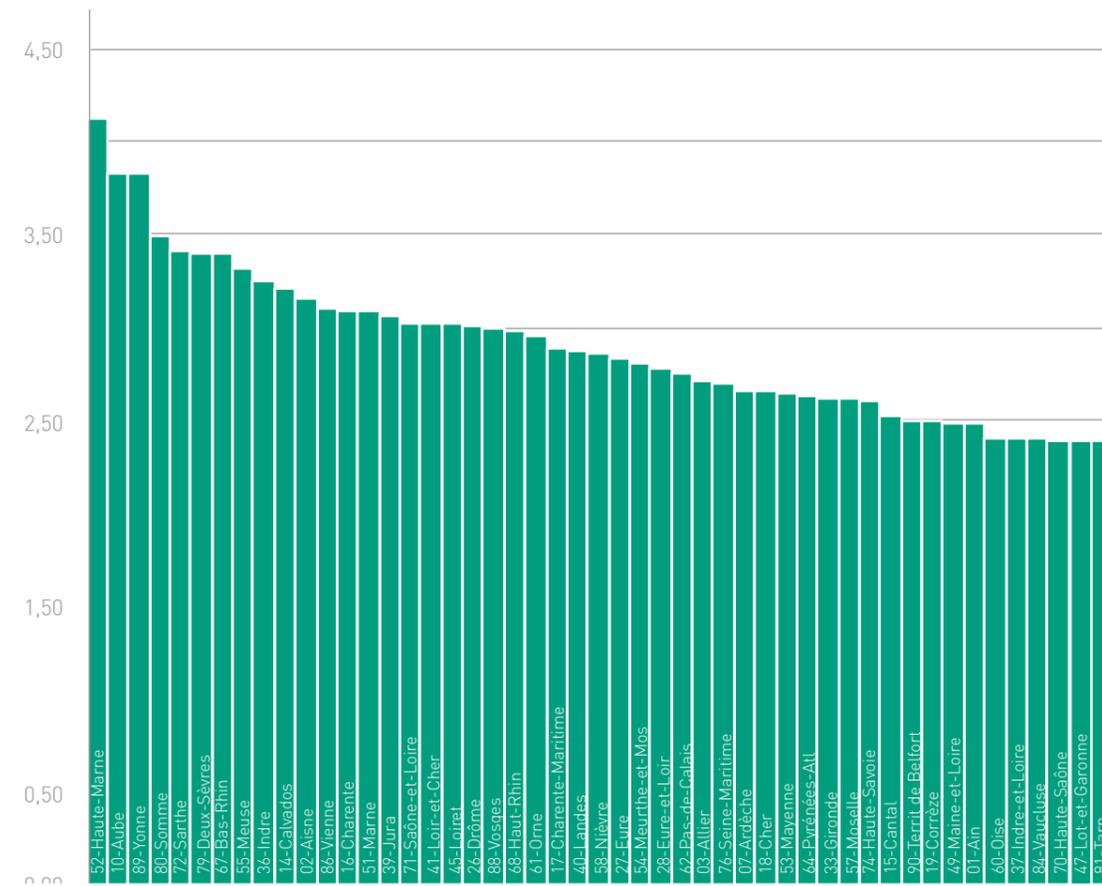
sources : PMSI 2011 - ATIH/DGOS - Insee Modèle Omphale 2010

Le taux de recours standardisé (donc à structure d'âge identique) s'étend de 0,11 intervention pour 1000 habitants (La Réunion) à 0,78 intervention pour 1000 habitants (Guadeloupe). La moyenne nationale se situe à 0,36 intervention pour 1000 habitants.



CANAL CARPIEN EN 2011

Indices standardisés = ratio obtenu avec le taux de recours du département mais en redressant son profil d'âge à l'identique du profil national

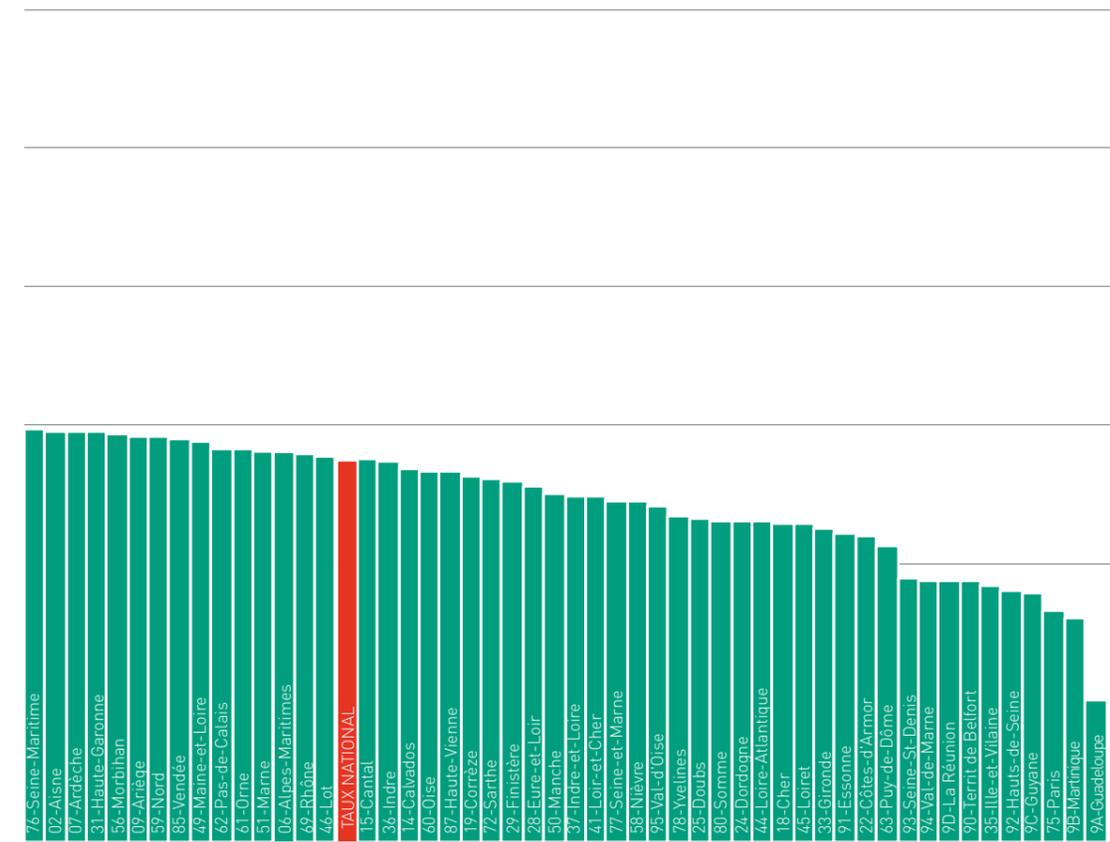
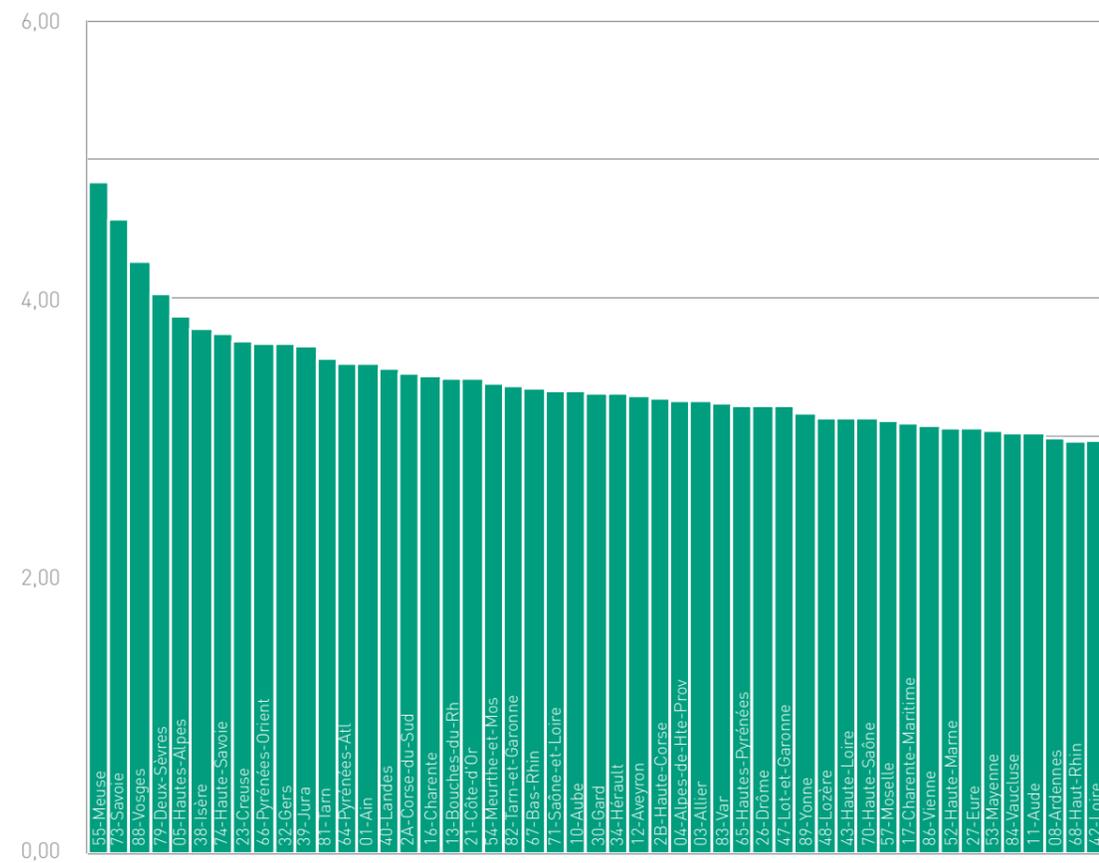


sources : PMSI 2011 - ATIH/DGOS - Insee Modèle Omphale 2010

Le taux de recours standardisé (donc à structure d'âge identique) s'étend de 0,30 intervention pour 1000 habitants (La Réunion) à 4,12 interventions pour 1000 habitants (Haute-Marne). La moyenne nationale se situe à 2,24 interventions pour 1000 habitants.

ARTHROSCOPIE DU GENOU EN 2011

Indices standardisés = ratio obtenu avec le taux de recours du département mais en redressant son profil d'âge à l'identique du profil national

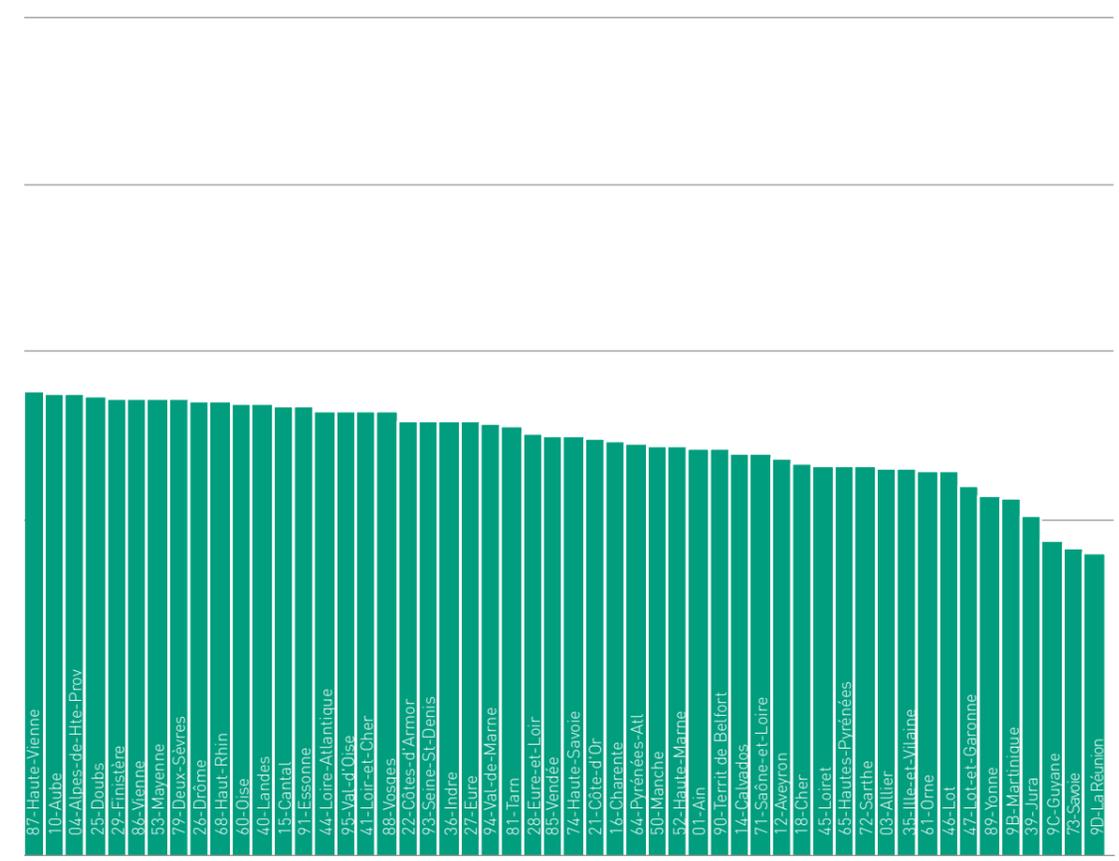
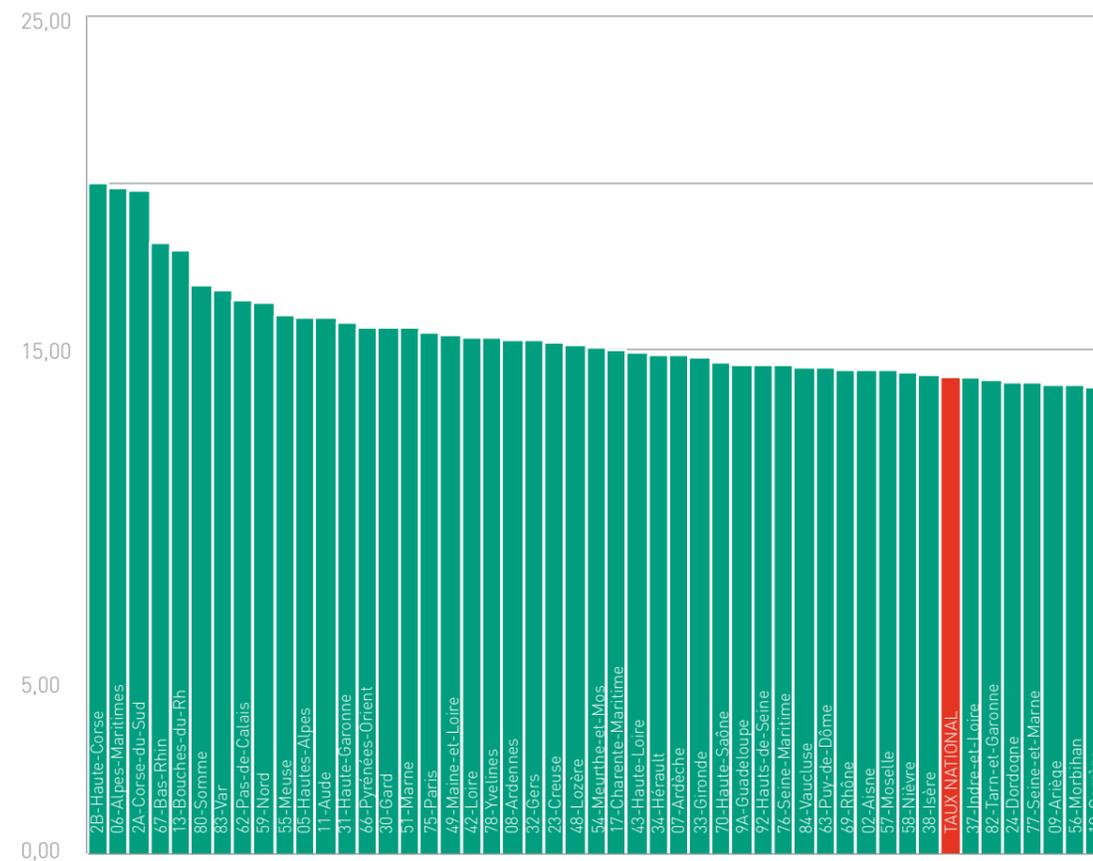


sources : PMSI 2011 - ATIH/DGOS - Insee Modèle Omphale 2010

Le taux de recours standardisé (donc à structure d'âge identique) s'étend de 1,02 intervention pour 1000 habitants (Guadeloupe) à 4,82 interventions pour 1000 habitants (Meuse). La moyenne nationale se situe à 2,75 interventions pour 1000 habitants.

COLOSCOPIE DIAGNOSTIQUE EN 2011

Indices standardisés = ratio obtenu avec le taux de recours du département mais en redressant son profil d'âge à l'identique du profil national



sources : PMSI 2011 - ATIH/DGOS - Insee Modèle Omphale 2010

Le taux de recours standardisé (donc à structure d'âge identique) s'étend de 8,98 interventions pour 1000 habitants (La Réunion) à 19,97 interventions pour 1000 habitants (Haute-Corse). La moyenne nationale se situe à 14,25 interventions pour 1000 habitants.

6.2 Evolution de la prise en charge

QUESTIONNAIRE :

Les acteurs hospitaliers ont le sentiment que la T2A a modifié les prises en charge, notamment sur l'hospitalisation ambulatoire, aussi bien en médecine qu'en chirurgie. Il est vrai que de nombreuses mesures sont venues bousculer les organisations : on peut citer les pressions indirectes sur les durées des prises en charge, les accords préalables prévus sur certains actes réalisés au cours d'un séjour de plus de 24h, les requalifications de certaines activités ambulatoires en activités externes, les forfaits SE inventés pour combler le vide entre l'hospitalisation pure et l'acte externe simple, mais bien d'autres mesures directes ou indirectes ont entraîné des évolutions parfois importantes dans l'organisation de la prise en charge. Nous pouvons regretter que tous ces bouleversements n'aient pas été accompagnés d'outils de mesure de l'évolution de la qualité de la prise en charge.

La T2A vous a-t-elle conduit à modifier des modes de prise en charge ? En HC

	Total	DIR	MED
Sans réponse	31	19	12
Réponses exploitables	57	38	19
NON	32 / 56 %	22 / 58 %	10 / 53 %
OUI	25 / 44 %	16 / 42 %	9 / 47 %

La T2A vous a-t-elle conduit à modifier des modes de prise en charge ? En HDJ

	Total	DIR	MED
Sans réponse	27	17	10
Réponses exploitables	61	40	21
NON	50 / 82 %	33 / 83 %	17 / 81 %
OUI	11 / 18 %	7 / 18 %	4 / 19 %

Le cas échéant, dans quels secteurs ?

• En HC médecine

	Total	DIR	MED
Sans réponse	45	29	16
Réponses exploitables	43	28	15
NON	36 / 84 %	25 / 89 %	11 / 73 %
OUI	7 / 16 %	3 / 11 %	4 / 27 %

• En HDJ médecine

	Total	DIR	MED
Sans réponse	37	22	15
Réponses exploitables	51	35	16
NON	49 / 96 %	34 / 97 %	15 / 94 %
OUI	2 / 4 %	1 / 3 %	1 / 6 %

• En HC chirurgie

	Total	DIR	MED
Sans réponse	50	35	15
Réponses exploitables	38	22	16
NON	34 / 89 %	21 / 95 %	13 / 81 %
OUI	4 / 11 %	1 / 5 %	3 / 19 %

• En HDJ chirurgie

	Total	DIR	MED
Sans réponse	35	25	10
Réponses exploitables	53	32	21
NON	52 / 98 %	31 / 97 %	21 / 100 %
OUI	1 / 2 %	1 / 3 %	0 / 0 %

• En HC obstétrique

	Total	DIR	MED
Sans réponse	63	44	19
Réponses exploitables	25	13	12
NON	9 / 36 %	4 / 31 %	5 / 42 %
OUI	16 / 64 %	9 / 69 %	7 / 58 %

• En HDJ obstétrique

	Total	DIR	MED
Sans réponse	62	44	18
Réponses exploitables	26	13	13
NON	18 / 69 %	8 / 62 %	10 / 77 %
OUI	8 / 31 %	5 / 38 %	3 / 23 %

• En HC autres

	Total	DIR	MED
Sans réponse	82	55	27
Réponses exploitables	6	2	4
OUI	6 / 100 %	2 / 100 %	4 / 100 %

• En HDJ autres

	Total	DIR	MED
Sans réponse	84	55	29
Réponses exploitables	4	2	2
OUI	4 / 100 %	2 / 100 %	2 / 100 %

6.2-1 Ré-hospitalisation

Etude de l'évolution du taux de réadmissions

Une des questions récurrentes provenant des sceptiques de la T2A concerne la multiplication indésirable des séjours. Cette multiplication, si elle existe, pourrait avoir une origine liée à l'intérêt financier (multiplication des séjours, segmentation) ou être une conséquence de la pression conduisant à réduire fortement les durées de séjour impliquant des ré-hospitalisations non prévues dans la prise en charge

On a montré par ailleurs que l'augmentation des volumes était liée à une augmentation du nombre d'individus hospitalisés et non à une augmentation du nombre d'hospitalisations par individu²⁶. Ceci fait tomber l'hypothèse d'une augmentation des phénomènes de saucissonnage (ce phénomène existe déjà sur certaines prises en charge comme l'a montré une étude sur l'angioplastie publiée dans *Info en Santé*²⁷ mais rien ne montre qu'il est en hausse et en rapport avec la T2A). Il reste à vérifier si l'on peut observer malgré tout sur certaines prises en charge des taux de ré-hospitalisation en évolution significative en lien avec une forte baisse des durées. De façon corollaire, on peut se demander si la pression des pou-

²⁶ Etude relative à la file active en hospitalisation (réalisée par le pôle Finances-BDHF de la FHF), figurant en annexe 3 du présent rapport.

²⁷ Info en Santé, n°20, mai 2012 [téléchargeable sur www.fhf.fr]

voirs publics pour augmenter les taux de chirurgie ambulatoire entraîne une hausse des réadmissions.

Dans cette optique, une étude ad hoc a été conduite au sein du groupe.

La réadmission s'apprécie ici comme étant l'hospitalisation suivante (on peut distinguer s'il s'agit d'une pathologie ou d'une discipline équivalente si nécessaire).

On observe le délai entre le jour de sortie d'un patient et l'hospitalisation suivante chronologiquement (hors séances).

Globalement (toutes prises en charge confondues), **il semble que le taux de réadmission ait une légère tendance à la baisse entre 2008 et 2010** (qu'on l'apprécie à 7, 14 ou 28 jours et qu'on s'intéresse à une pathologie identique, une discipline connexe ou non). Par exemple, on trouve une réadmission dans les 2 semaines suivant une 1^{re} admission dans 11,30% des hospitalisations en 2008, 10,99% en 2009 et 10,89% des cas en 2010.

Dans l'étude, des activités (GA) dont les DMS sont en baisse de façon générale (toutes les racines de GHM ont une DMS en baisse) ont été repérées. Sur ces activités, le taux de ré-hospitalisations (à j+6, j+14, j+28) a été observé.

Bien entendu, les taux de réadmission et leurs évolutions dépendent de la prise en charge initiale. Par exemple, on observe des prises en charge générant des taux de réadmission très élevés (Transplantations, endocardites, brûlures, affections de l'ante partum, coronaropathies sont des pathologies dont la prise en charge entraîne plus de 35% de réadmission dans les 2 semaines, quel que soit le lieu ou la raison de la réadmission) avec parfois une baisse assez significative de ce taux et parfois un taux stable voire

en légère hausse. A l'inverse, de nombreuses prises en charge n'entraînent que peu de réadmission dans un délai court. C'est par exemple le cas de la chirurgie bucco-dentaire, des arthroscopies, de la chirurgie de l'oreille ou de la main et du poignet, de l'accouchement par voie basse ou les nouveaux nés sans complication, dont le taux à 2 semaines est inférieur à 2%.

Malgré une tendance générale qui semble légèrement s'orienter vers une baisse, il faut noter que l'on trouve des pathologies avec des taux en hausse. Les volumes étant généralement relativement faibles, pour juger de la significativité du phénomène et en comprendre les raisons, une analyse complémentaire s'impose.

Concernant la chirurgie ambulatoire, dont les taux s'élèvent en raison de nombreux facteurs, et notamment sous la pression des pouvoirs publics, **le constat est plus mitigé**. En effet, si l'on observe les actes traceurs, non seulement aucune baisse significative du taux de réadmission n'est observée, mais ce serait même parfois plutôt le contraire dans certains cas (cataractes, sauf s'il s'agit de la même activité car l'on peut supposer qu'il s'agit souvent du 2^d œil ; le canal carpien ; les varices ; les amygdales/végétations ; les circoncisions). Il convient néanmoins de rester prudent quant à la conclusion puisqu'il s'agit de prises en charge où la réadmission (nouvelle hospitalisation dans un délai court sans forcément préjuger d'un lien) est l'exception (1 à 4% dans les cas cités ci-dessus, un peu plus pour les cataractes puisqu'il y a parfois le 2^d œil).

Dans le même temps, les réadmissions des autres chirurgies prises en charge dans la journée sont plus nombreuses (en moyenne 6% à 15 jours) et en baisse (6% en 2008, 5,7% en 2010). Pour les prises en charge médicales

en ambulatoire, le résultat est encore plus net : on passe de 15,4 % de réadmission à 15 jours en 2008 à 13,3 % en 2010.

Pour conclure transitoirement sur cette question, il apparaît que **les réadmissions suivent une légère tendance baissière sur 2008-2010**. Le phénomène est néanmoins discret et mériterait une analyse beaucoup plus poussée pour en apprécier toutes les subtilités. Dans le même temps, **et a contrario, il semble que ce ne soit pas le cas pour ce qui concerne la plupart des actes de chirurgie ambulatoire encouragés par les pouvoirs publics**. On pourrait y voir une baisse de la qualité induite par une pression exercée sur les établissements quant à la célérité de la prise en charge.

6.2-2 Délai entre le diagnostic et le traitement

Etude des délais entre le diagnostic du cancer et le démarrage de la chimiothérapie

Pour aborder la notion de délai d'attente, une approche rustique a été mise en place²⁸ avec les données du PMSI et les données de chaînage associées. Elle a consisté à observer le délai entre le 1^{er} séjour d'un individu où l'on rencontre le cancer en diagnostic principal (il s'agit théoriquement d'une date approchée de la découverte du cancer) et la 1^{re} chimiothérapie. Toutes les précautions nécessaires pour éliminer un certain nombre d'artefacts ont été prises (délais d'observation tronqués en amont et en aval notamment). On garde également bien en mémoire qu'il ne s'agit que d'une approche grossière (le diagnostic n'est pas toujours établi au cours du séjour où le DP apparaît pour la 1^{re} fois notamment).

En évaluant l'évolution des indicateurs de délais, on constate que ceux-ci ont

pratiquement systématiquement tendance à se réduire (ou quelquefois à être stables), quel que soit l'appareil concerné. Parmi les trois localisations les plus fréquentes on trouve :

- l'appareil digestif dont le délai médian entre le diagnostic et la chimiothérapie s'est réduit de 5 jours en 18 mois (passant de 46 à 41 jours globalement, sachant que le délai est nettement plus long si le 1^{er} séjour n'est pas chirurgical) ;
- le sein dont le délai médian est passé de 39 à 38 jours (probablement peu significatif néanmoins, lorsque le 1^{er} séjour est médical (1 cas sur 10), le délai baisse de 3 jours ;
- l'appareil respiratoire dont les délais diagnostic-chimiothérapie ont peu évolué (stable autour de 30 jours en médiane).

Parmi les autres localisations, sont repérés les cancers hématologiques qui bénéficient d'une chimiothérapie nettement plus rapidement en 2010 qu'en 2008 (6 jours de gagnés en passant de 33 à 27 jours), les organes génitaux dont le gain médian est de 7 jours et d'autres localisations qui parfois bénéficient d'un gain très important.

Tout en restant extrêmement prudent du fait des nombreux biais liés à cette étude (que l'on a essayé au maximum d'éliminer), **il semble que les délais entre le diagnostic de cancer et la survenance de la 1^{re} séance de chimiothérapie ont eu tendance à baisser entre 2008 et 2010**. Il n'est pas possible à ce stade de faire le lien entre cette probable réduction de délai et la T2A.

Pour confirmer cela il faudrait réaliser une étude avec échantillonnage et retour au dossier médical.

²⁸ Annexe 6 : Etude relative à l'évolution des délais « diagnostic cancer » - « première chimiothérapie »

6.2-3 Durée du séjour

Evolution des durées de séjour sur la période 2007-2011

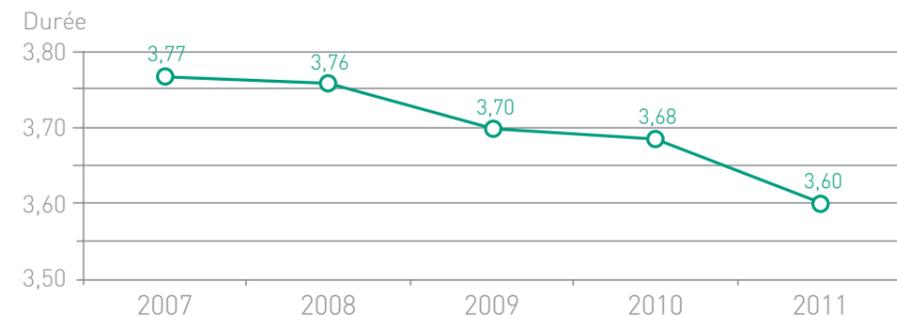
Les analyses se font hors séances et hors HIA dont la présence dans les bases PMSI ne date que de 2009.

Analyse brute :

La durée de séjour brute baisse chaque année dans la période étudiée. **Attention cette durée de séjour n'est pas standardisée par l'activité**, ainsi si le case mix évolue dans sa composition (par exemple davantage de cataractes et moins de chirurgie cardiaque), la baisse peut être mécanique. On peut juste affirmer qu'un séjour moyen dure moins longtemps en 2011 (3,60 jours en moyenne), qu'en 2007 (3,77 jours en moyenne) sans toutefois pouvoir affirmer qu'il s'agit du même séjour.

Durée moyenne de séjour MCO brute Public-Privé 2007-2011

hors séances et hors HIA

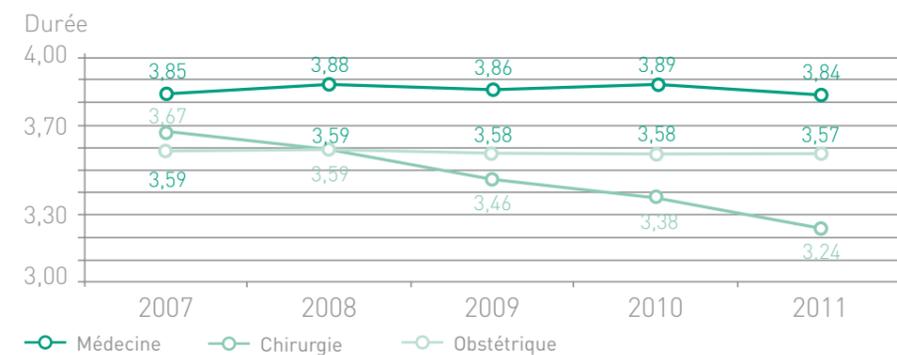


Sources : PMSI 2007-2011 ATIH FHF-BDHF

En séparant les activités en Médecine, Chirurgie et Obstétrique (selon le découpage Aso de l'Atih), on constate que seule la chirurgie est concernée par une baisse significative de la durée moyenne de séjour. Cela est très probablement lié à la part d'ambulatoire de plus en plus importante dans les prises en charge chirurgicales.

Durée moyenne de séjour MCO brute Public-Privé 2007-2011

hors séances et hors HIA



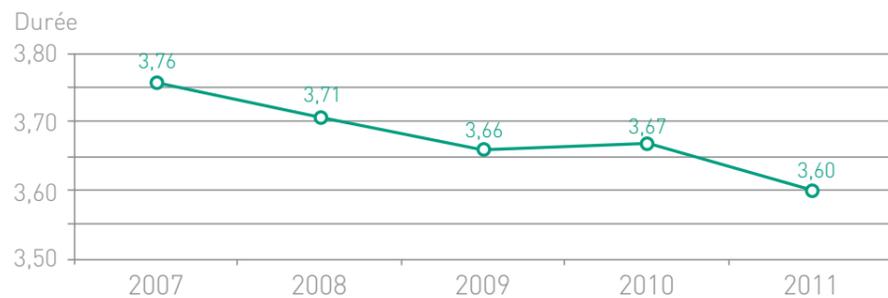
Sources : PMSI 2007-2011 ATIH FHF-BDHF

Analyse de données standardisées :

Afin de comparer la DMS de 2011 avec celle des années précédentes, on applique le case mix national 2011 aux durées moyennes (par racine de GHM) des années précédentes afin de s'affranchir de son évolution. Le résultat est quasi identique à l'analyse non standardisée montrant ainsi que le case mix (par racine de GHM) a probablement peu évolué entre 2007 et 2011. A activité comparable, les durées ont donc nettement baissé pendant la période.

Durée moyenne de séjour MCO standardisée (standardisation sur le case mix 2011) Public-Privé 2007-2011

hors séances et hors HIA

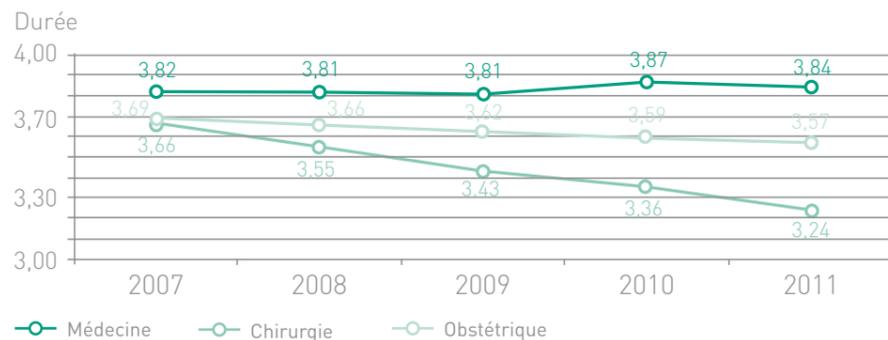


Sources : PMSI 2007-2011 ATIH FHF-BDHF

La standardisation sur le case mix 2011 permet de constater que bien que la baisse soit essentiellement due à la chirurgie, les durées de l'obstétrique ont aussi baissé (dans une moindre mesure). Ce phénomène était masqué par le fait qu'entre 2007 et 2011 la part des prises en charges de moins de 24 heures a baissé en obstétrique. Il faudrait vérifier si ces prises en charge ont réellement baissé ou s'il s'agit davantage de requalification en externe de certaines activités (certains monitorings in utero par exemple).

Durée moyenne de séjour MCO standardisée (standardisation sur le case mix 2011) Public-Privé 2007-2011

hors séances et hors HIA



Sources : PMSI 2007-2011 ATIH FHF-BDHF

La baisse globale du nombre de journées PMSI observée sur la période (-1,5% de journées hors séances) est la combinaison de la forte baisse des DMS (-4,1% sur la période) en partie compensée par la hausse constante du volume d'activité (+3,1% de séjours sur la période, hors séances). Les prises en charge médicales contribuent à la hausse d'activité mais ne contribuent pas à la baisse des DMS, essentiellement du fait des activités chirurgicales et dans une moindre mesure de l'obstétrique.

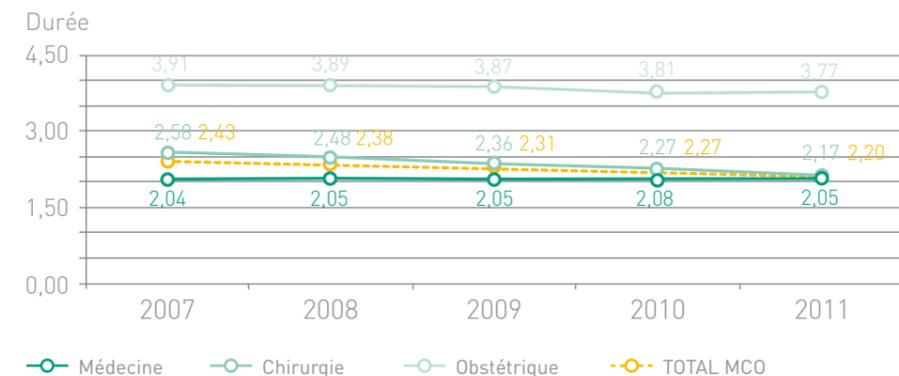
Analyse de données par types d'établissements

A noter : on ne fera pas ici de comparatifs entre les différents types d'établissements, leurs case mix n'étant absolument pas comparables comme on l'a montré par ailleurs.

Les établissements privés lucratifs :

Durée moyenne de séjour MCO (standardisée sur le case mix public 2011) Privé lucratif 2007-2011

hors séances



Sources : PMSI 2007-2011 ATIH FHF-BDHF

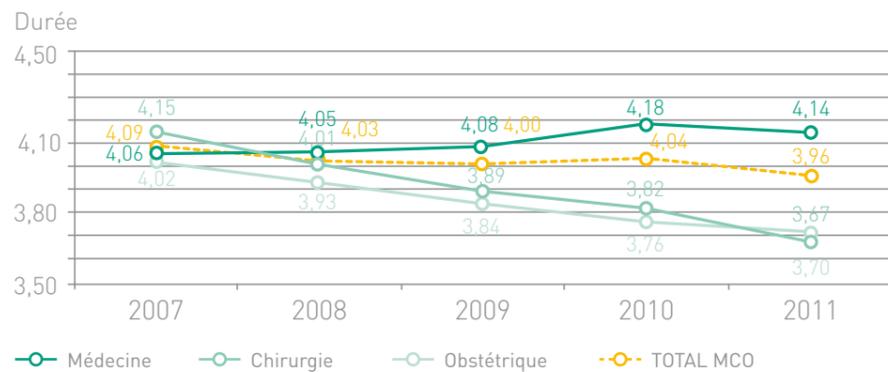
Le secteur lucratif voit ses DMS baisser de façon assez importante. Ce secteur est essentiellement concerné par la chirurgie (d'ailleurs logiquement, la courbe globale et celle de la chirurgie sont quasi identiques) qui est une discipline où les DMS baissent fortement (comme on l'a vu plus haut). La DMS de médecine du privé lucratif ne varie pas et on observe une légère baisse de la DMS en obstétrique ce qui est conforme au constat général.

Les établissements privés non lucratifs (y compris CLCC) :

La DMS globale des établissements PNL baisse légèrement sur la période bénéficiant très nettement de la baisse de la DMS en chirurgie (à case mix standardisé : celui de 2011). Les DMS en obstétrique baissent également assez fortement dans les PNL (nettement plus qu'ailleurs). Par contre les DMS de la médecine sont plutôt en hausse, probablement de fait de la requalification en « externe » de certaines prises en charge historiquement étiquetées « hôpital de jour » à l'époque du budget global (ce qui diminue artificiellement le volume des séjours très courts).

On fera attention à l'échelle de l'axe des ordonnées qui a été étirée afin que le graphique soit lisible (sans quoi les 4 courbes sont quasi superposées).

Durée moyenne de séjour MCO (standardisée sur le case mix public 2011) Privé non lucratif 2007-2011
hors séances

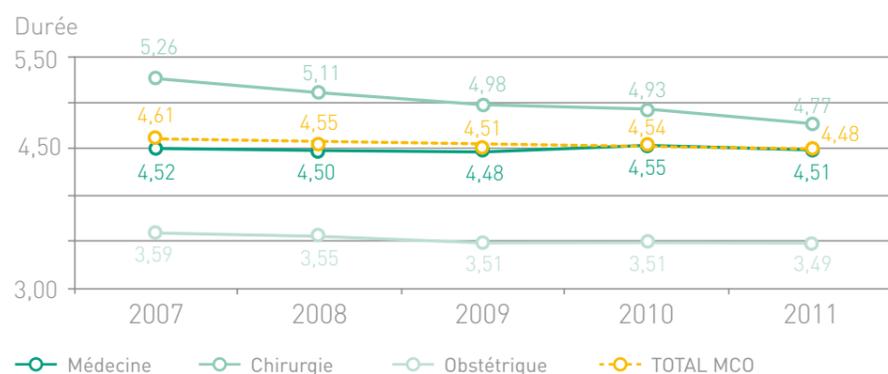


Sources : PMSI 2007-2011 ATIH FHF-BDHF

Les établissements publics :

Comme pour les autres secteurs, la DMS de la chirurgie baisse de façon importante (notamment en raison de la forte croissance de l'ambulatoire). La durée moyenne de la prise en charge en obstétrique baisse de façon moins importante et la DMS de la médecine ne baisse pas (probablement en raison de la baisse artificielle de certaines prises en charge désormais qualifiées « externe »). Encore une fois il faut préciser que les durées ne sont pas comparables en tant que telles d'un secteur à l'autre puisque les case mix sont totalement différents comme on l'a montré dans d'autres études.

Durée moyenne de séjour MCO (standardisée sur le case mix public 2011) Public 2007-2011
hors séances



Sources : PMSI 2007-2011 ATIH FHF-BDHF

6.2-4 File d'attente

QUESTIONNAIRE²⁹ :

A la question « Avez-vous constaté l'émergence d'une liste d'attente pour certaines prises en charge ? », médecins et directeurs ont répondu unanimement par la négative à 90 %.

Interrogés sur l'évolution du recours aux transferts, qu'ils soient entrants ou sortants, les enquêtés ont majoritairement répondu par la négative.

Avez-vous observé une évolution du recours aux transferts qu'ils soient entrants ou sortants ?

• **Médecine**

	Total	DIR	MED
Sans réponse	5	3	2
Réponses exploitables	83	54	29
NON	30 / 36 %	18 / 33 %	12 / 41 %
OUI	53 / 64 %	36 / 67 %	17 / 59 %

Types de malades (réponse libre) - entrants, par ordre décroissant des réponses :

- Personnes âgées polypathologiques ;
- Patients dits « lourds » ou dépendants ;
- Réseaux vasculaires cardiologiques ;
- Soins palliatifs.

• **Chirurgie**

	Total	DIR	MED
Sans réponse	18	14	4
Réponses exploitables	70	43	27
NON	13 / 19 %	8 / 19 %	5 / 19 %
OUI	57 / 81 %	35 / 81 %	22 / 81 %

Types de malades (réponse libre) - entrants :

- Personnes âgées, polypathologiques ;
- Malades dits « lourds » non rentables ;
- Polypathologiques avec difficultés sociales non pris en charge par le privé.

²⁹ L'intégralité des réponses est disponible en annexe

• **Obstétrique**

	Total	DIR	MED
Sans réponse	22	16	6
Réponses exploitables	66	41	25
NON	11 / 17 %	6 / 15 %	5 / 20 %
OUI	55 / 83 %	35 / 85 %	20 / 80 %

Types de malades - entrants :

- HC / HAD ;
- Réseau périnatalité ;
- Polypathologiques avec difficultés sociales non pris en charge par le privé.

Types de malades - sortants :

- HC / HAD.

• **Gériatrique**

	Total	DIR	MED
Sans réponse	20	16	4
Réponses exploitables	68	41	27
NON	16 / 24 %	7 / 17 %	9 / 33 %
OUI	52 / 76 %	34 / 83 %	18 / 67 %

Types de malades - entrants :

- Patients dits « lourds », en SSR, démence ;
- Patients polypathologiques avec difficultés sociales non pris en charge par le privé ;
- Dépendants.

Types de malades - sortants :

- SSR ;
- Patients dits « lourds », démence.

07 COOPÉRATION

QUESTIONNAIRE :

La T2A a-t-elle eu des conséquences sur la coopération entre votre établissement(s) et d'autres :

Oui à 62 %

• **Entre établissements publics de santé ?**

	Total	DIR	MED
Sans réponse	5	1	4
Réponses exploitables	83	56	27
NON	21 / 19 %	11 / 20 %	10 / 37 %
OUI	62 / 48 %	45 / 80 %	17 / 63 %

Type de coopération

	Total	DIR	MED
Spontanée	28 / 45 %	19 / 42 %	9 / 53 %
Recommandée	18 / 29 %	17 / 38 %	1 / 6 %
Imposée	9 / 15 %	6 / 13 %	3 / 18 %
Aucun cas cité	11 / 18 %	7 / 16 %	4 / 24 %
De plateaux techniques	28 / 45 %	23 / 51 %	5 / 29 %
Partage d'activités	35 / 56 %	28 / 62 %	7 / 41 %
Transferts de patients	29 / 47 %	23 / 51 %	6 / 35 %
Autres	9 / 15 %	8 / 18 %	1 / 6 %
Aucun cas cité	13 / 21 %	5 / 11 %	8 / 47 %

Attention les totaux ne font pas 100% car certains ont coché plusieurs cas

Lorsqu'elles lient des établissements publics, les coopérations ont majoritairement été perçues comme spontanées, notamment par le corps médical, et elles concernent prioritairement des partages d'activité.

• **Entre établissements publics et privés ?**

Oui à 37% seulement.

Lorsqu'elles sont mixtes, il est intéressant d'observer qu'elles suscitent la même perception tout particulièrement de la part des directeurs. Cette fois, elles concernent davantage des partages de plateaux techniques.

Avant d'aller plus loin, certains répondants indiquent que la T2A n'a pas été le seul élément en faveur de coopération, et évoquent la démographie médicale,

les seuils d'activité ou bien encore les autorisations délivrées. « Les coopérations sont avant tout liées à la nécessité de mieux articuler les prises en charge dans le cadre de parcours gradués et pour mutualiser des plateaux techniques de plus en plus spécialisés, ainsi que des ressources humaines médicales rares ».

	Total	DIR	MED
Sans réponse	10	5	5
Réponses exploitables	78	52	26
NON	37 / 37 %	24 / 46 %	13 / 50 %
OUI	41 / 37 %	28 / 54 %	13 / 50 %

Type de coopération

	Total	DIR	MED
Spontanée	22 / 54 %	17 / 61 %	5 / 38 %
Recommandée	12 / 29 %	10 / 36 %	2 / 15 %
Imposée	9 / 22 %	6 / 21 %	3 / 23 %
<i>Aucun cas cité</i>	7 / 17 %	3 / 11 %	4 / 31 %
De plateaux techniques	19 / 46 %	15 / 54 %	4 / 31 %
Partage d'activités	12 / 29 %	8 / 29 %	4 / 31 %
Transferts de patients	8 / 20 %	7 / 25 %	1 / 8 %
Autres	5 / 12 %	4 / 14 %	1 / 8 %
Aucun cas cité	10 / 24 %	4 / 14 %	6 / 46 %

Attention les totaux ne font pas 100 % car certains ont coché plusieurs cas

Enfin, il est encore plus intéressant de se pencher sur les déséquilibres ressentis lors de ces coopérations. Certains expriment une perte de patientèle au profit du secteur privé, ou de l'entité la plus importante ainsi que la prise en charge majorée d'activité non programmée. Cet espace libre a également été l'occasion de souligner que les règles actuelles de la T2A ne sont nullement incitatives au « partage » de praticiens hospitaliers dans le cadre de conventions avec des centres hospitaliers en difficulté. Enfin, la problématique du financement de la continuité des soins est ici rappelée.

CONCLUSION

A l'issue de ce rapport, il paraît opportun de reprendre les objectifs initialement assignés à la T2A, les craintes qui lui ont été associées et d'observer comment les uns et les autres se sont ou non concrétisés à la lumière des éléments ici examinés.

Parmi les objectifs, figurait celui de conférer davantage d'autonomie aux établissements dans leur politique de développement : d'après les données relatives aux évolutions d'activité, au gain de parts de marché... cet objectif semble s'être réalisé.

Les résultats sont nettement plus ambigus concernant le développement de l'équilibre et la cohérence dans l'allocation des ressources aux établissements. Il semble bien y avoir eu convergence dans chacun des secteurs des ressources rapportées à l'activité, mais les opacités liées à la fixation des tarifs, leur éloignement progressif par rapport aux coûts, le mode de régulation prix-volume, l'absence d'analyses sérieuses sur les différences entre secteurs font qu'un certain nombre d'inéquités, soit intrasectorielles soit intersectorielles, ont subsisté sans être objectivables.

Le même constat peut être dressé lorsque l'observation se porte sur l'incitation à l'efficacité. Au niveau comptable, les déficits sont stabilisés, les efforts de productivité sont visibles mais la complexité et la variabilité du signal économique adressé par la T2A font que les acteurs ne savent guère s'en emparer. En résulte donc plutôt une stratégie de développement de l'activité « tous azimuts » que des efforts sur les coûts orientés par la T2A.

Le dernier objectif essentiel visait l'émergence d'un mode de financement transparent : clairement celui-ci n'est pas atteint.

Parallèlement les craintes formulées se cristallisaient autour des sujets suivants :

- la diminution de la qualité et de la sécurité des soins : les analyses menées par le groupe ne démontrent pas de dérives frappantes sur quelques points (réadmissions, files d'attente), et sont confortées par l'analyse des réponses au questionnaire. Néanmoins des analyses plus précises méritent d'être conduites.
- la sélection des patients : l'étude effectuée reliant évolution des tarifs et évolution de l'activité démontre une sorte d'indifférence à un incitatif prix qui orienterait l'activité. Ce risque n'est pas avéré dans le secteur public.
- un obstacle à la coopération : les réponses au questionnaire n'ont pas exprimé de frein majeur.
- les difficultés liées à l'investissement : cette crainte est clairement justifiée, d'autant que la part des investissements financée par les tarifs demeure inconnue, qui plus est au sein de tarifs en baisse.

Des progrès tangibles ont été réalisés dans la connaissance des impacts de ce mode de financement mais des incertitudes demeurent. Les perspectives de son déploiement aux autres champs d'activité entraînent des réactions mitigées³⁰. Le système est peu lisible et plaide en faveur d'un Observatoire qui saura analyser régulièrement les conséquences et impacts et guider son évolution, en cohérence avec la volonté à la fois politique et des professionnels d'un financement au parcours, ou alternatif pour les maladies chroniques.

Le système s'avère inéquitable en production, la déconnexion coûts/tarifs est flagrante, la régulation est donc problématique. Il est urgent de médicaliser cette régulation comptable, de la baser sur des critères de santé publique dans le souci perpétuel d'un égal accès aux soins.

Le système est peu lisible, sa complexité ne peut être justifiée au seul titre de la régulation économique, le niveau de détails qui s'accroît d'année en année est lié à des objectifs annexes qui ne sont pas tous opérationnels. Son évolution doit comporter, outre les points essentiels cités ci-dessus - observatoire, évolution du mode de financement de parcours ou des maladies chroniques - une véritable simplification pour lever les doutes qui subsistent chez certains acteurs du monde hospitalier. ■

³⁰ Annexe 7 « Perspectives »

SIGLES UTILISÉS

AC	Aide à la contractualisation
AMM	Autorisation de mise sur le marché
AP-HP	Assistance publique – Hôpitaux de Paris
ARS	Agence régionale de santé
ASMR	Amélioration du service médical rendu
Atih	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
ATU (forfait)	Accueil et traitement des Urgences
ATU (médicaments)	Autorisation temporaire d'utilisation
CBU	Contrat de bon usage des médicaments
CCAM	Classification commune des actes médicaux
CCLIN	Centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales
CEPS	Comité économique des produits de santé
CH	Centre hospitalier
CHR	Centre hospitalier régional
CHS	Centre hospitalier spécialisé
CHU	Centre hospitalo-universitaire
CLCC	Centre de lutte contre le cancer
CMA	Comorbidités associées
CME	Commission médicale d'établissement
CMD	Catégorie majeure de diagnostic
CMU	Couverture maladie universelle
CMUC	Couverture maladie universelle complémentaire
CNAM ou Cnamts	Caisse nationale d'Assurance maladie des travailleurs salariés
CRP	Compte de résultat principal
CSP	Code de la santé publique
CSS	Code de la Sécurité sociale
DAC	Dotation annuelle complémentaire
DAF	Dotation annuelle de financement
DG(F)	Dotation globale (de fonctionnement)

DGOS (ex-DHOS)	Direction générale de l'offre de soins
DHOS	Direction de l'hospitalisation et de l'organisation de soins
DMI	Dispositifs médicaux implantables
DMS	Durée moyenne de séjour
DREES	Direction de la recherche, des études et de l'évaluation des statistiques
DSS	Direction de la Sécurité sociale
EBNL	Etablissement à but non lucratif
ENCC	Etude nationale de coûts à méthodologie commune
EPRD	Etat des prévisions de recettes et de dépenses
EPS	Etablissement public de santé
FAU	Forfait accueil des Urgences
FEHAP	Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne
FFM	Forfait de petit matériel
FHF	Fédération hospitalière de France
FIR	Fonds d'intervention régionale
FNCLCC	Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer (désormais Unicancer)
FPO	Forfait prélèvement d'organes
GA	Groupe d'activités
GHM	Groupe homogène de malades
GHS	Groupe homogène de séjours
GHT	Groupe homogène de tarifs
HAD	Hospitalisation à domicile
HAS	Haute Autorité de santé
HIA	Hôpitaux d'instruction des armées
HCAAM	Haut conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie
HCL	Hospices civils de Lyon
HN	Hors nomenclature (actes)
HPST	Hôpital, patients, santé et territoires

(Coefficient) HT	Coefficient Haute technicité
Igas	Inspection générale des affaires sociales
LFSS	Loi de financement de la Sécurité sociale
LPP	Liste des produits et prestations
MCO	Médecine, chirurgie, obstétrique
MERRI	Missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation
MIG	Missions d'intérêt général
MIGAC	Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation
MO	Molécules onéreuses
NGAP	Nomenclature générale des actes professionnels
ODMCO	Objectif de dépenses relatives au champ MCO
Ondam	Objectif national de dépense de l'Assurance maladie
OQN	Objectif quantifié national
PDSH	Permanence des soins hospitalière (qualifiée de MSP par la loi HPST)
PGFP	Plan global de financement pluriannuel
PH	Praticien hospitalier
PHRC	Programme hospitalier de recherche clinique
PLFSS	Projet de loi de financement de la Sécurité sociale
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
PSPH	Participant au service public hospitalier
PU-PH	Professeur des universités – Praticiens hospitaliers
PUI	Pharmacie à usage intérieur
RUM	Résumé d'unité médicale
RSS	Résumé de sortie standardisée
RTC	Retraitement comptable
Samu	Service d'aide médicale urgente
SE	Forfait sécurité environnement
SIGAPS	Système d'interrogation, de gestion et d'analyse des publications scientifiques

SIGREC	Système d'information et de gestion de la recherche et des essais cliniques
SMUR	Service mobile d'urgence et de réanimation
SR05	Schéma régional de l'organisation des soins
SSR	Soins de suite et de réadaptation
T2A	Tarifification à l'activité
TJP	Tarif journalier de prestation
TM	Ticket modérateur
UHCD	Unité d'hospitalisation de courte durée
UNCAM	Union nationale des caisses d'Assurance maladie

ANNEXES

ANNEXE 1

Médicaments et dispositifs 124

ANNEXE 2Relations entre évolution des activités et évolution
des tarifs pour quatre groupes d'activités..... 126**ANNEXE 3**Evolution de l'activité en nombre de séjours :
étude relative à la file active en hospitalisation 143**ANNEXE 4**

Structure d'activité différenciée..... 153

ANNEXE 5

Impact financier 157

ANNEXE 6Impact qualité : étude relative à l'évolution des délais
« diagnostic cancer » –« première chimiothérapie »..... 160**ANNEXE 7**

Perspectives 181

ANNEXE 1

Médicaments et dispositifs

Les modalités de financement des médicaments coûteux ont-elles modifié les prises en charge dans l'établissement ou les pratiques médicales ?

70 % des médecins considèrent ici que les modalités de financement des médicaments coûteux n'ont pas modifié les prises en charge ni les pratiques médicales.

	Total	DIR	MED
Sans réponse	9	8	1
Réponses exploitables	79	49	30
NON	57 / 72 %	36 / 73 %	21 / 70 %
OUI	22 / 28 %	13 / 27 %	9 / 30 %

Si oui, comment ? (réponse libre)

- En respectant les indications, le conditionnement, le remboursement
- Poids administratif pesant : justification de toutes les prescriptions
- Moins de contraintes budgétaires avec les MODMI remboursés en sus
- Les modifications de pratiques concernent essentiellement les ré-exions préalables sur les choix de MON et DMI au livret thérapeutique, la traçabilité des utilisations et la justification supplémentaire dans les dossiers médicaux des utilisations de traitements « hors référentiels » (articles scientifiques...). Les cliniciens, pharmaciens et directions se refusent à jouer un rôle de « trieurs » de patients ou à modifier des traitements justifiés mais non encore inscrits dans les référentiels nationaux ou régionaux. Les poses de prothèses ne sont plus limitées par les contraintes budgétaires. Il n'y a plus de « tri » de patients « trop onéreux » avec des retours vers les CH de notre catégorie depuis les CHU d'un certain nombre de patients pour des phases de traitement palliatives par exemple ou toxine botulique..."
- La ré-exion coût/bénéfice existait déjà avant la mise en place de la T2A. Le système T2A la renforce (micro-contrat sur les thérapeutiques et les équipements nouveaux)
- CBU
- Recherche de l'intégration des référentiels de bon usage (RBU) en lien avec l'omedit

- Certains produits achetés en ville par certains patients ; certains équipements de rééducation achetés chez les fournisseurs prothésistes du fait de leur coût élevé et de l'absence totale de prise en charge par l'assurance maladie ou par les tarifs (corsets par exemple) ; certaines prises en charges sont contingentées et suivies au cas par cas (anticancéreux par exemple)."
- Difficile de développer une activité (ex. cancéro)
- Vigilance accrue des praticiens en comités du DM ou du médicament sur le contexte du financement

ANNEXE 2

Relations entre évolution des activités et évolution des tarifs pour quatre groupes d'activités

Choix des activités analysées

Les activités sont découpées en groupe d'activité (GA) selon la nomenclature Atih. Il existe un peu plus de 210 groupes.

Les activités retenues pour analyse sont celles qui vérifient ces 4 critères :

- L'activité est parmi les 50 GA les plus importants en nombre de séjours pour le secteur ex-DGF (moyenné sur 2009-2011).
- L'activité est parmi les 50 GA les plus importants en nombre de séjours pour le secteur ex-QQN (moyenné sur 2009-2011).
- L'activité est parmi les 50 GA les plus importants en chiffre d'affaires pour le secteur ex-DGF (moyenné sur 2009-2011).
- L'activité est parmi les 50 GA les plus importants en chiffre d'affaires pour le secteur ex-QQN (moyenné sur 2009-2011).

15 GA vérifient ces conditions :

- G004 - Hernies ;
- G016 - Autres gastroentérites et maladies diverses du tube digestif ;
- G024 - Chirurgies majeures orthopédiques (dont hanche et fémur genou) ;
- G033 - Chirurgie du membre supérieur (hors prothèses) ;
- G057 - Cathétérismes thérapeutiques vasculaires et coronariens avec endoprothèse ;

- G059 - Cathétérismes diagnostiques vasculaires et coronariens ;
- G097 - Cataractes ;
- G105 - Chirurgies utérus / annexes ;
- G116 - Accouchements par voie basse ;
- G117 - Césariennes ;
- G124 - Affections médicales du nouveau-né ;
- G145 - Autres maladies immunitaires, du sang, des organes hématopoïétiques, tumeurs siège imprécis ou diffus ;
- G179 - Chirurgie inter spécialités ;
- G190 - Séances : chimiothérapie ;
- G194 - Signes et symptômes.

Evaluation de l'évolution des tarifs

Cette étude n'est réalisée qu'à partir de 2009, la rupture due au passage V11 rendant les calculs sur les années antérieures problématiques.

Chaque base annuelle est regroupée selon 2 versions de la classification (la base 2009 en v11 et en v11b ; la base 2010 en v11b et en v11c ; la base 2011 en v11c et en v11d).

Les tarifs correspondants sont appliqués à chaque séjour et dans la mesure où le séjour ne change pas de GA entre les 2 versions, on possède une évaluation de l'évolution du tarif pour chaque séjour du GA en question. En totalisant chaque évolution individuelle, on observe l'évolution globale des tarifs.

Cette méthode neutralise l'effet lié à l'évolution des case-mix intra-GA puisque chaque comparaison est réalisée sur une base identique.

Par extension, on « chaîne » les évolutions annuelles trouvées pour avoir une évaluation globale des tarifs sur la période. Cette méthode ne permet pas d'obtenir une précision incontestable et il faudra en tenir compte, néanmoins il n'existe visiblement pas de méthode plus précise. Toutefois, l'objectif recherché par cette étude est l'obtention de grandes tendances, la précision absolue n'est donc probablement pas absolument nécessaire.

Afin de réduire les rares cas où certains séjours changent de GA entre les 2 classifications, on évalue à chaque fois les 2 cas, à savoir le cas où la classification d'origine est la classification pivot (on valorise tous les séjours du GA étudié qui sont dans ce GA dans la classification pivot, y compris ceux qui changent de GA dans l'autre classification) et le cas inverse où il s'agit de la classification suivante qui est prise pour pivot. La moyenne d'évolution est ensuite calculée et retenue. On note que lorsque cela arrive, les 2 évaluations sont généralement extrêmement proches, ce biais ne semble pas avoir un impact suffisamment important pour remettre en cause les résultats.

Pour ne pas alourdir le rapport, on ne présente ici que les quatre premiers GA étudiés. Les résultats généraux sont résumés dans le corps du rapport, et sont cohérents avec ceux trouvés sur ces quatre GA.

G004 - Hernies

36° GA le plus important dans le public en volume de séjours (96.000 séj./an), 12° GA le plus important dans le privé en volume de séjours (114.000 séj./an), 33° GA le plus important dans le public en CA (221M€/an), 11° GA le plus important dans le privé en CA (147M€/an).

Activité sur le regroupement G004-Hernies de 2005 à 2011

Volumes de séjours

Hors activité des HIA - Hors séances de radiothérapie et de dialyse

		2005	2006	2007	2008
1 nuit et +	ex-DGF	78 721	79 536	79 640	79 283
	ex-QQN	109 789	105 864	105 168	102 335
	Total	188 510	185 400	184 808	181 618
0 nuit	ex-DGF	9 234	9 421	10 830	13 836
	ex-QQN	7 922	8 188	9 046	11 136
	Total	17 156	17 609	19 876	24 972
Total	ex-DGF	87 955	88 957	90 470	93 119
	ex-QQN	117 711	114 051	114 213	113 471
	Total	205 665	203 009	204 684	206 590

		2009	2010	2011
1 nuit et +	ex-DGF	74 648	68 414	66 556
	ex-OQN	95 458	79 731	72 444
	Total	170 106	148 145	139 000
0 nuit	ex-DGF	18 522	25 151	31 039
	ex-OQN	17 267	33 365	42 884
	Total	35 789	58 516	73 923
Total	ex-DGF	93 170	93 565	97 595
	ex-OQN	112 725	113 096	115 328
	Total	205 895	206 661	212 923

Sources : ATIH / FHF-BDHF

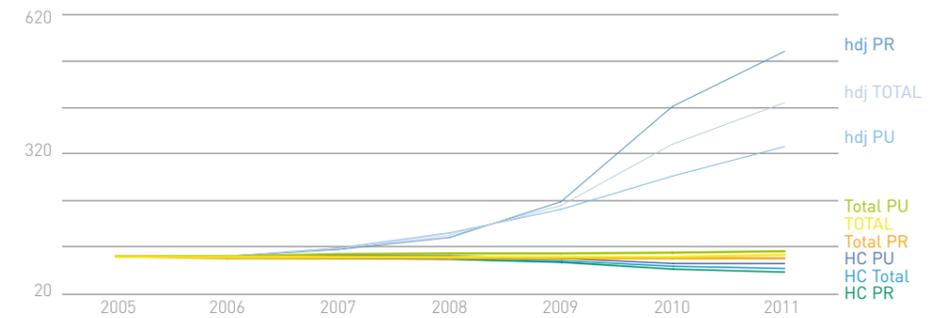
Volumes de séjours, Base 100 en 2005

Hors activité des HIA - Hors séances de radiothérapie et de dialyse

		2005	2006	2007	2008
1 nuit et +	ex-DGF	100,0	101,0	101,2	100,7
	ex-OQN	100,0	96,4	95,8	93,2
	Total	100,0	98,4	98,0	96,3
0 nuit	ex-DGF	100,0	102,0	117,3	149,8
	ex-OQN	100,0	103,4	114,2	140,6
	Total	100,0	102,6	115,9	145,6
Total	ex-DGF	100,0	101,1	102,9	105,9
	ex-OQN	100,0	96,9	97,0	96,4
	Total	100,0	98,7	99,5	100,4

		2009	2010	2011
1 nuit et +	ex-DGF	94,8	86,9	84,5
	ex-OQN	86,9	72,6	66,0
	Total	90,2	78,6	73,7
0 nuit	ex-DGF	200,6	272,4	336,1
	ex-OQN	218,0	421,2	541,3
	Total	208,6	341,1	430,9
Total	ex-DGF	105,9	106,4	111,0
	ex-OQN	95,8	96,1	98,0
	Total	100,1	100,5	103,5

Sources : ATIH / FHF-BDHF



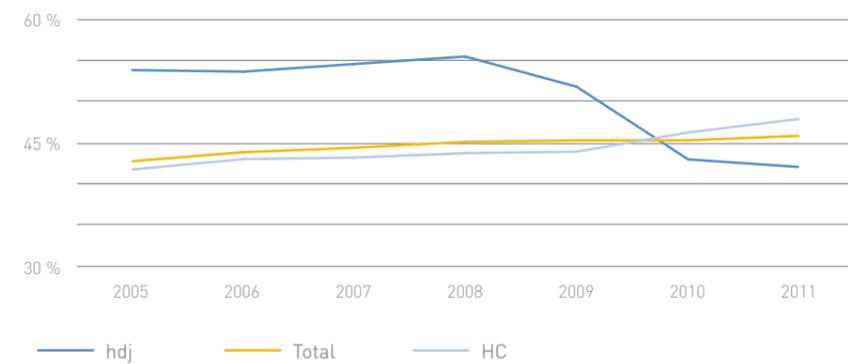
Part de marché du secteur ex-DGF

Hors activité des HIA - Hors séances de radiothérapie et de dialyse

		2005	2006	2007	2008
PdM ex-DG	1 nuit et +	41,8%	42,9%	43,1%	43,7%
	0 nuit	53,8%	53,5%	54,5%	55,4%
	Total	42,8%	43,8%	44,2%	45,1%

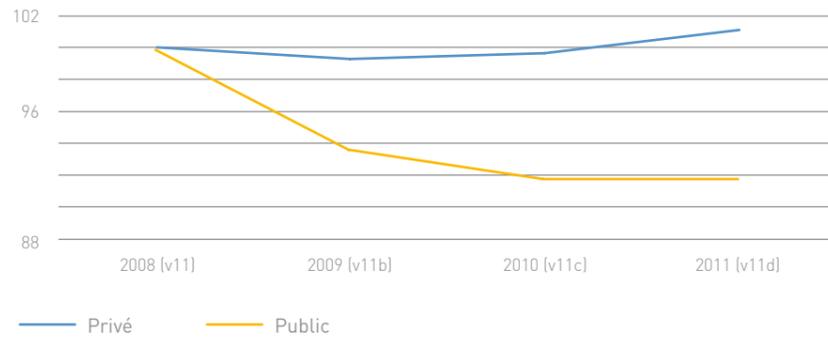
		2009	2010	2011
PdM ex-DG	1 nuit et +	43,9%	46,2%	47,9%
	0 nuit	51,8%	43,0%	42,0%
	Total	45,3%	45,3%	45,8%

Sources : ATIH / FHF-BDHF



	2008 (v11)	2009 (v11b)	2010 (v11c)	2011 (v11d)
Public	100	93,8	92,0	91,9
Privé	100	99,3	99,6	101,1

Evolution tarifs (base 100 en 2008)



L'activité de hernies a fortement évolué. Alors que les volumes sont restés quasiment constants de 2005 à 2011, la part de séjours ambulatoires est passée de 8% à 35%, la part détenue par le secteur ex-DGF s'est un peu accrue (passant de 43,7% à 45,8%), bien que celle-ci ait chuté en ambulatoire (le secteur privé mutant plus rapidement vers la pratique ambulatoire).

Les tarifs privés ont très légèrement augmenté d'environ +1% sur les trois dernières années (quasi stabilité sur les échelles publiées en mars 2010 et mars 2011, petite hausse sur celle publiée en mars 2012), pendant que les tarifs du public ont fortement baissé d'environ -9% sur la même période (la plus forte baisse étant constatée sur l'échelle publiée en mars 2010 en v11b).

On note que ces évaluations sont réalisées en s'affranchissant partiellement (pour chaque couple d'échelles successives) des évolutions de case-mix intra GA (qui sont importantes en l'occurrence).

G016-Autre gastroentérites et maladies diverses du tube digestif

15° GA le plus important dans le public en volume de séjours (166.000 séj./an), 27° GA le plus important dans le privé en volume de séjours (57.000 séj./an), 18° GA le plus important dans le public en CA (285M€/an), 45° GA le plus important dans le privé en CA (39M€/an).

Activité sur le regroupement G016-Autres gastroentérites et maladies diverses du tube digestif de 2005 à 2011

Volumes de séjours

Hors activité des HIA - Hors séances de radiothérapie et de dialyse

		2005	2006	2007	2008
1 nuit et +	ex-DGF	135 335	140 948	135 880	139 402
	ex-OQN	59 878	56 210	54 339	58 996
	Total	195 214	197 159	190 220	198 398
0 nuit	ex-DGF	15 126	16 328	15 203	16 866
	ex-OQN	3 673	4 089	3 502	2 074
	Total	18 800	20 416	18 705	18 940
Total	ex-DGF	150 462	157 276	151 083	156 268
	ex-OQN	63 551	60 299	57 842	61 070
	Total	214 013	217 575	208 925	217 338

		2009	2010	2011
1 nuit et +	ex-DGF	74 648	68 414	66 556
	ex-OQN	95 458	79 731	72 444
	Total	170 106	148 145	139 000
0 nuit	ex-DGF	18 522	25 151	31 039
	ex-OQN	17 267	33 365	42 884
	Total	35 789	58 516	73 923
Total	ex-DGF	93 170	93 565	97 595
	ex-OQN	112 725	113 096	115 328
	Total	205 895	206 661	212 923

Sources : ATIH / FHF-BDHF

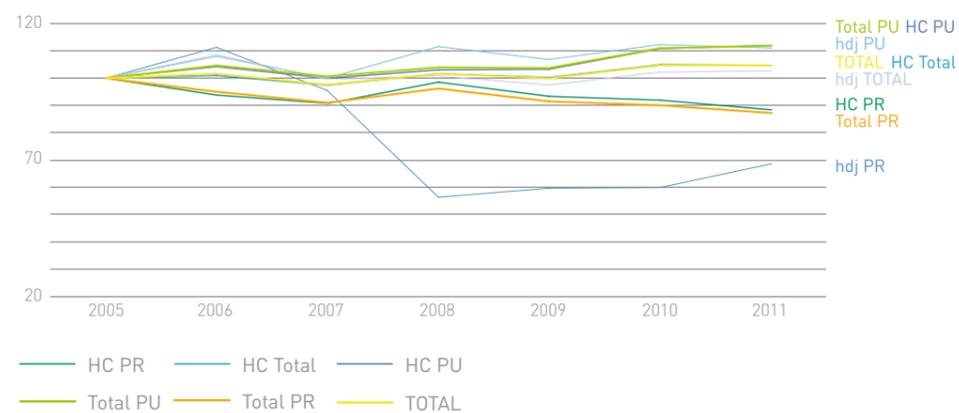
Volumes de séjours, Base 100 en 2005

Hors activité des HIA - Hors séances de radiothérapie et de dialyse

		2005	2006	2007	2008
1 nuit et +	ex-DGF	100,0	104,1	100,4	103,0
	ex-OQN	100,0	93,9	90,7	98,5
	Total	100,0	101,0	97,4	101,6
0 nuit	ex-DGF	100,0	107,9	100,5	111,5
	ex-OQN	100,0	111,3	95,4	56,5
	Total	100,0	108,6	99,5	100,7
Total	ex-DGF	100,0	104,5	100,4	103,9
	ex-OQN	100,0	94,9	91,0	96,1
	Total	100,0	101,7	97,6	101,6

		2009	2010	2011
1 nuit et +	ex-DGF	103,2	110,8	112,0
	ex-OQN	93,4	91,9	88,4
	Total	100,2	105,0	104,8
0 nuit	ex-DGF	106,8	112,3	111,0
	ex-OQN	59,5	59,9	68,5
	Total	97,5	102,1	102,7
Total	ex-DGF	103,6	110,9	111,9
	ex-OQN	91,5	90,0	87,3
	Total	100,0	104,7	104,6

Sources : ATIH / FHF-BDHF



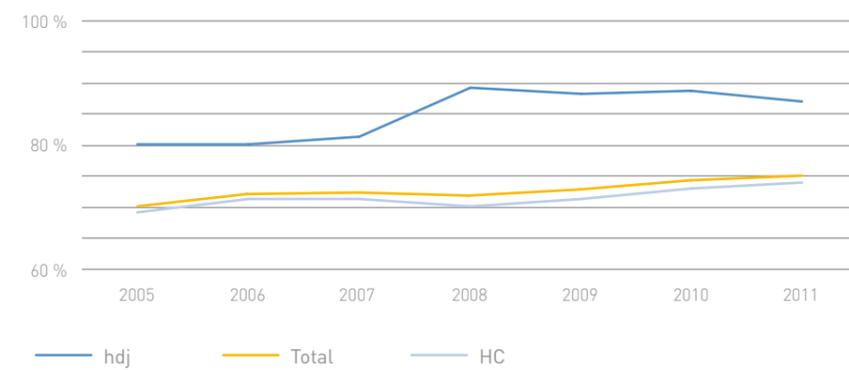
Part de marché du secteur ex-DGF

Hors activité des HIA - Hors séances de radiothérapie et de dialyse

		2005	2006	2007	2008
PdM ex-DG	1 nuit et +	69,3%	71,5%	71,4%	70,3%
	0 nuit	80,5%	80,0%	81,3%	89,0%
	Total	70,3%	72,3%	72,3%	71,9%

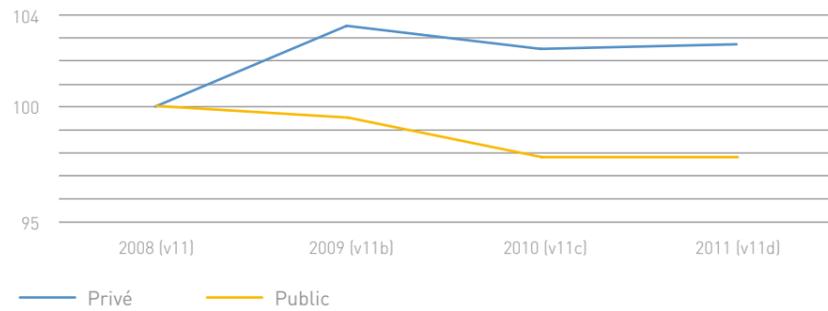
		2009	2010	2011
PdM ex-DG	1 nuit et +	71,4%	73,2%	74,1%
	0 nuit	88,1%	88,5%	87,0%
	Total	72,8%	74,5%	75,2%

Sources : ATIH / FHF-BDHF



	2008 (v11)	2009 (v11b)	2010 (v11c)	2011 (v11d)
Public	100	99,4	97,9	97,8
Privé	100	103,5	102,5	102,7

Evolution tarifs (base 100 en 2008)



Hormis une petite hausse entre 2009 et 2010, cette activité est relativement stable depuis 2005.

La répartition entre les prises en charge de moins de 24h et les autres n'a pas réellement évolué (l'hospitalisation complète représente plus de 90% des cas).

Le secteur public est ultra dominant (75% des prises en charge en hospitalisation complète, 87% des prises en charge ambulatoires) et en progression (70% de part en 2005, 75% en 2011).

Sur les 3 dernières années, les tarifs du public subissent une légère baisse chaque année (quasi neutre la dernière année) d'environ -0,7% en moyenne, pendant que le secteur lucratif a bénéficié d'une hausse globale de +2,7% (environ +0,9% chaque année en moyenne, bien qu'en réalité ce secteur a bénéficié de +3,5% de hausse lors de la publication de l'échelle 2010, puis d'une baisse de -1% l'année suivante puis à nouveau une hausse de +0,2% en 2012).

G024-Chirurgies majeures orthopédiques (dont hanches et fémur genou)

19^e GA le plus important dans le public en volume de séjours (148.000 séj./an), 10^e GA le plus important dans le privé en volume de séjours (153.000 séj./an), 2^e GA le plus important dans le public en CA (961M€/an), 1^{er} GA le plus important dans le privé en CA (523M€/an).

Activité sur le regroupement G024-Chirurgies majeures orthopédiques (dont hanche et fémur genou) de 2005 à 2011

Volumes de séjours

Hors activité des HIA - Hors séances de radiothérapie et de dialyse

		2005	2006	2007	2008
1 nuit et +	ex-DGF	123 539	128 239	132 928	137 149
	ex-OQN	138 635	139 670	145 116	147 097
	Total	262 174	267 909	278 044	284 246
0 nuit	ex-DGF	55	59	60	92
	ex-OQN	93	102	99	80
	Total	148	161	159	172
Total	ex-DGF	123 594	128 299	132 988	137 241
	ex-OQN	138 728	139 772	145 216	147 177
	Total	262 323	268 070	278 203	284 418

		2009	2010	2011
1 nuit et +	ex-DGF	141 750	145 828	149 292
	ex-OQN	149 321	151 919	157 814
	Total	291 071	297 747	307 106
0 nuit	ex-DGF	59	61	83
	ex-OQN	74	87	99
	Total	133	148	182
Total	ex-DGF	141 809	145 889	149 375
	ex-OQN	149 395	152 006	157 913
	Total	291 204	297 895	307 288

Sources : ATIH / FHF-BDHF

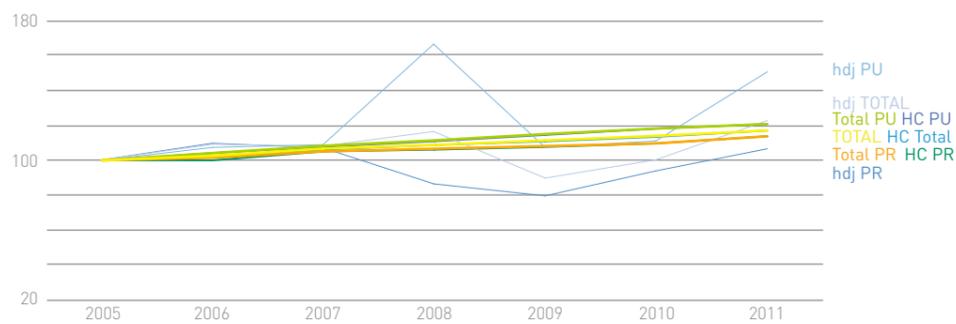
Volumes de séjours, Base 100 en 2005

Hors activité des HIA - Hors séances de radiothérapie et de dialyse

		2005	2006	2007	2008
1 nuit et +	ex-DGF	100,0	103,8	107,6	111,0
	ex-OQN	100,0	100,7	104,7	106,1
	Total	100,0	102,2	106,1	108,4
0 nuit	ex-DGF	100,0	107,2	108,9	166,8
	ex-OQN	100,0	109,8	106,9	86,0
	Total	100,0	108,9	107,6	116,1
Total	ex-DGF	100,0	103,8	107,6	111,0
	ex-OQN	100,0	100,8	104,7	106,1
	Total	100,0	102,2	106,1	108,4

		2009	2010	2011
1 nuit et +	ex-DGF	114,7	118,0	120,8
	ex-OQN	107,7	109,6	113,8
	Total	111,0	113,6	117,1
0 nuit	ex-DGF	107,0	110,6	150,5
	ex-OQN	79,6	93,6	106,5
	Total	89,8	99,9	122,9
Total	ex-DGF	114,7	118,0	120,9
	ex-OQN	107,7	109,6	113,8
	Total	111,0	113,6	117,1

Sources : ATIH / FHF-BDHF



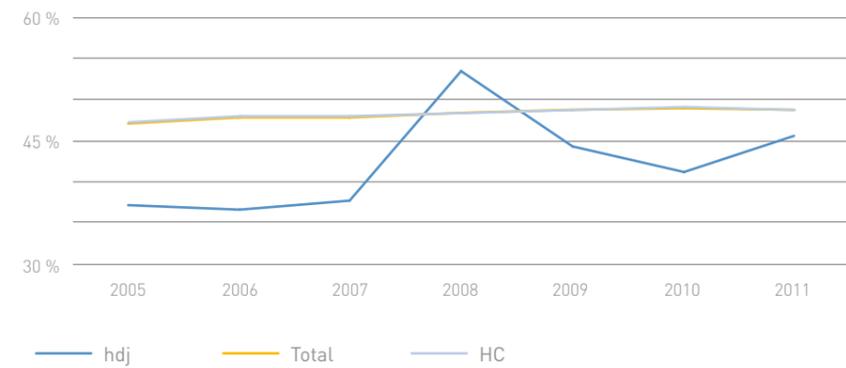
Part de marché du secteur ex-DGF

Hors activité des HIA - Hors séances de radiothérapie et de dialyse

		2005	2006	2007	2008
PdM ex-DG	1 nuit et +	47,1%	47,9%	47,8%	48,3%
	0 nuit	37,2%	36,7%	37,7%	53,5%
	Total	47,1%	47,9%	47,8%	48,3%

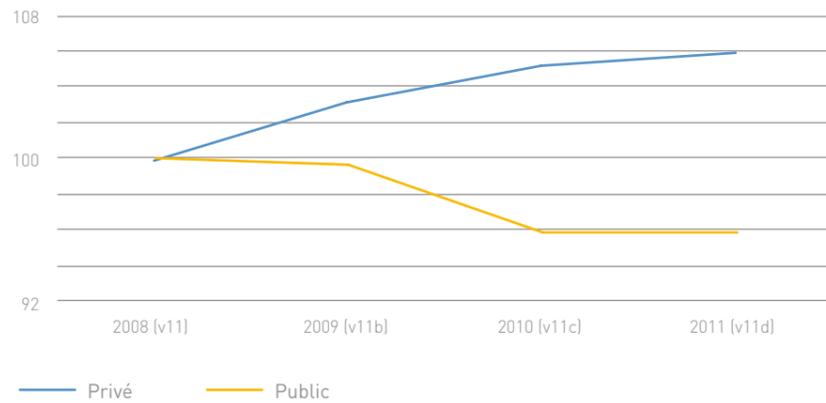
		2009	2010	2011
PdM ex-DG	1 nuit et +	48,7%	49,0%	48,6%
	0 nuit	44,4%	41,2%	45,6%
	Total	48,7%	49,0%	48,6%

Sources : ATIH / FHF-BDHF



	2008 (v11)	2009 (v11b)	2010 (v11c)	2011 (v11d)
Public	100	99,6	96,0	95,9
Privé	100	103,1	105,2	106,0

Evolution tarifs (base 100 en 2008)



Il s'agit du GA le plus important en termes de CA pour le privé et le 2^d pour le public. On y trouve notamment tout ce qui concerne les prothèses articulaires comme les prothèses de hanche ou genou.

L'ambulatoire est quasi nul sur ces activités (il s'agit probablement le plus souvent de cas très particuliers ou d'erreurs).

Cette activité est en constante hausse sur la période 2005-2011 et concerne plus de 300.000 séjours par an (+17,1% de séjours sur la période, soit une hausse moyenne de +2,7% par an).

Le secteur public est beaucoup plus dynamique puisque son activité a augmenté de +20,9% sur la même période (+13,8% pour le privé lucratif) lui permettant d'atteindre une part de marché de 48,6% en 2011.

A contrario, les tarifs suivent le chemin inverse, à savoir que sur les 3 dernières années (pas d'évaluation auparavant), la rémunération de cette activité a baissé d'environ -4,1% dans le public, contre une hausse de +6,0% pour la rémunération dans le privé.

G033-Chirurgie du membre supérieur (hors prothèses)

46^e GA le plus important dans le public en volume de séjours (73.000 séj./an), 31^e GA le plus important dans le privé en volume de séjours (51.000 séj./an), 39^e GA le plus important dans le public en CA (197M€/an), 34^e GA le plus important dans le privé en CA (62M€/an).

Activité sur le regroupement G034-Chirurgie du membre supérieur (hors prothèses) de 2005 à 2011

Volumes de séjours

Hors activité des HIA - Hors séances de radiothérapie et de dialyse

		2005	2006	2007	2008
1 nuit et +	ex-DGF	57 269	58 271	59 316	65 421
	ex-OQN	49 550	49 940	50 742	43 159
	Total	106 819	108 211	110 059	108 580
0 nuit	ex-DGF	2 247	2 442	2 463	2 528
	ex-OQN	5 399	5 869	5 570	5 651
	Total	7 646	8 312	8 033	8 179
Total	ex-DGF	59 516	60 713	61 779	67 949
	ex-OQN	54 949	55 810	56 313	48 810
	Total	114 465	116 523	118 092	116 759

		2009	2010	2011
1 nuit et +	ex-DGF	68 758	70 591	67 627
	ex-OQN	44 506	44 682	42 031
	Total	113 264	115 273	109 658
0 nuit	ex-DGF	2 920	3 164	3 272
	ex-OQN	6 331	6 869	6 975
	Total	9 251	10 033	10 247
Total	ex-DGF	71 678	73 755	70 899
	ex-OQN	50 837	51 551	49 006
	Total	122 515	125 306	119 905

Sources : ATIH / FHF-BDHF

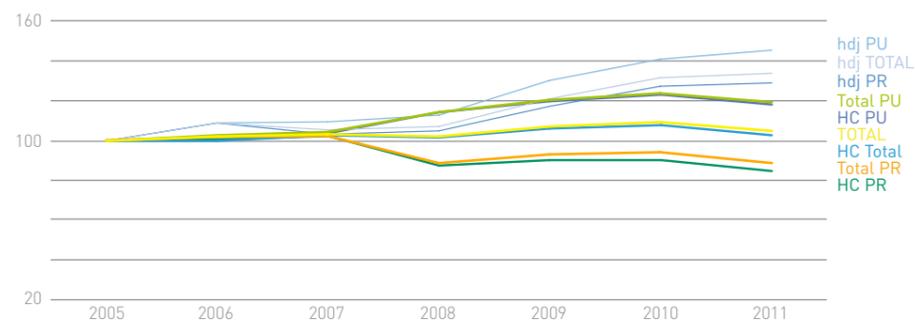
Volumes de séjours, Base 100 en 2005

Hors activité des HIA - Hors séances de radiothérapie et de dialyse

		2005	2006	2007	2008
1 nuit et +	ex-DGF	100,0	101,7	103,6	114,2
	ex-OQN	100,0	100,8	102,4	87,1
	Total	100,0	101,3	103,0	101,6
0 nuit	ex-DGF	100,0	108,7	109,6	112,5
	ex-OQN	100,0	108,7	103,2	104,7
	Total	100,0	108,7	105,1	107,0
Total	ex-DGF	100,0	102,0	103,8	114,2
	ex-OQN	100,0	101,6	102,5	88,8
	Total	100,0	101,8	103,2	102,0

		2009	2010	2011
1 nuit et +	ex-DGF	120,1	123,3	118,1
	ex-OQN	89,8	90,2	84,8
	Total	106,0	107,9	102,7
0 nuit	ex-DGF	130,0	140,8	145,6
	ex-OQN	117,3	127,2	129,2
	Total	121,0	131,2	134,0
Total	ex-DGF	120,4	123,9	119,1
	ex-OQN	92,5	93,8	89,2
	Total	107,0	109,5	104,8

Sources : ATIH / FHF-BDHF



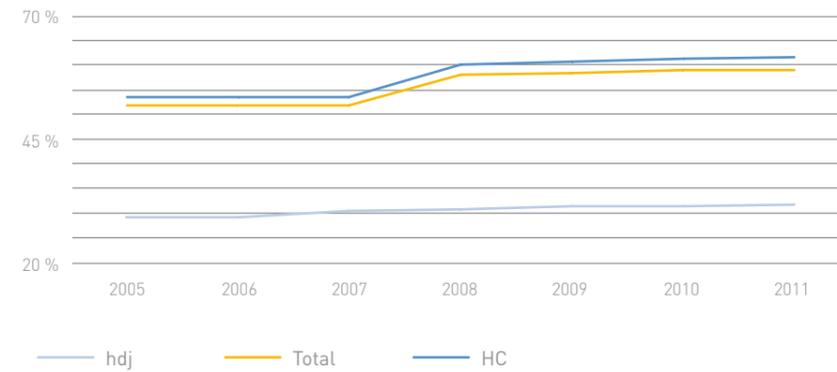
Part de marché du secteur ex-DGF

Hors activité des HIA - Hors séances de radiothérapie et de dialyse

		2005	2006	2007	2008
PdM ex-DG	1 nuit et +	53,6%	53,8%	53,9%	60,3%
	0 nuit	29,4%	29,4%	30,7%	30,9%
	Total	52,0%	52,1%	52,3%	58,2%

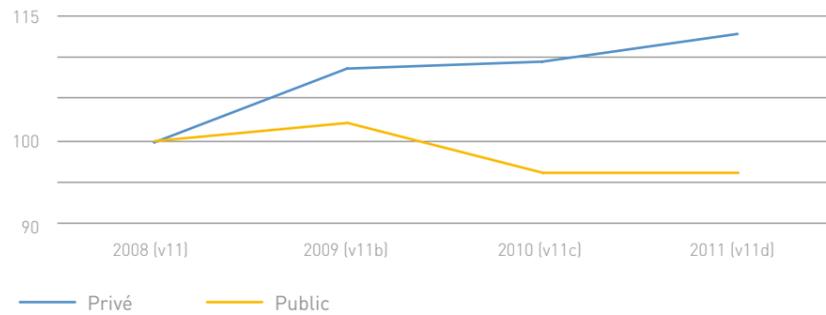
		2009	2010	2011
PdM ex-DG	1 nuit et +	60,7%	61,2%	61,7%
	0 nuit	31,6%	31,5%	31,9%
	Total	58,5%	58,9%	59,1%

Sources : ATIH / FHF-BDHF



	2008 (v11)	2009 (v11b)	2010 (v11c)	2011 (v11d)
Public	100	102,3	96,4	96,5
Privé	100	108,7	109,5	112,9

Evolution tarifs (base 100 en 2008)



Cette activité est assez stable sur les 6 dernières années (2005-2011), avec une baisse (curieuse ?) en 2011. L'ambulatoire représente moins d'un cas sur dix, néanmoins sa part grandit progressivement passant de 6,7% en 2005 à 8,5% en 2011 (progression en volume de 34% en 6 ans, contre seulement 2,7% à l'hospitalisation complète).

Sur la période, le privé « perd » 6.000 séjours pendant que le public en « gagne » 11.000 induisant une constante augmentation de la part du secteur ex-DGF qui passe de 52% en 2005 à 59,1% en 2011.

Par ailleurs, sur les 3 dernières années les tarifs sont à l'inverse du dynamisme puisque ceux du privé ont augmenté de près de +13% pendant que ceux du public ont baissé de -3,5% environ.

ANNEXE 3

Evolution de l'activité en nombre de séjours : étude relative à la file active en hospitalisation

Groupes MCO

Evolution >+10%	++
Evolution de +3% à +10%	+
Evolution de -3% à +3%	=
Evolution de -10% à -3%	-
Evolution < -10%	--

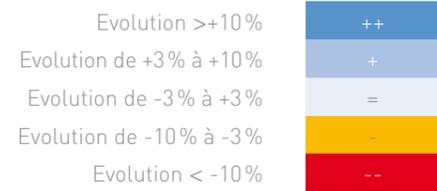
MCO	Evolution du volume d'activité			
	HC		hdj	
	Public	Privé	Public	Privé
Médecine	+	-	++	=
Chirurgie	=	--	++	++
Obstétrique	+	-	-	--

pdm > 80%	++
pdm de 60% à 80%	+
pdm de 40% à 60%	=
pdm de 20% à 40%	-
pdm de 0% à 20%	--

MCO	PdM Public			
	HC		hdj	
	Niveau	Evol.	Niveau	Evol.
Médecine	++	+	+	++
Chirurgie	=	++	-	++
Obstétrique	+	+	++	++

evol. > +3%	++
evol. de +1% à +3%	+
evol. de -1% à +1%	=
evol. de -3% à -1%	-
evol. < -3%	--

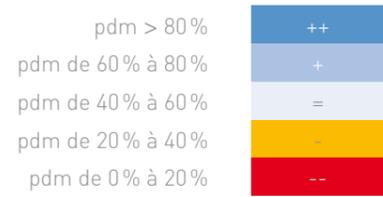
Groupes DA



DA	Evolution du volume d'activité			
	HC		hdj	
	Public	Privé	Public	Privé
D01-Digestif	+	-	++	++
D02-Orthopédie traumatologie	+	-	++	++
D03-Traumatismes multiples ou complexes graves	++	=		
D04-Rhumatologie	+	-	--	--
D05-Système nerveux (hors cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels)	=	+	++	=
D06-Cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels	++	++	++	++
D07-Cardiologie (hors cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels)	+	=	+	--
D08-Vasculaire périphérique	--	--	++	++
D09-Pneumologie	+	+	-	--
D10-ORL, stomatologie	-	--	++	+
D11-Ophthalmologie	--	--	++	++
D12-Gynécologie - sein	-	--	++	++
D13-Obstétrique	+	-	-	--
D14-Nouveau-nés	+	-	++	-
D15-Uro-néphrologie et génital masculin	+	=	+	--
D16-Hématologie	=	+	--	--
D17-Chimiothérapie, radiothérapie, hors séances	++	++		
D18-Maladies infectieuses (dont VIH)	--	--	--	--
D19-Endocrinologie	=	-	-	--
D20-Tissu cutané et tissu sous-cutané	+	+	--	--
D21-Brûlures	=	--	++	--
D22-Psychiatrie	++	--	++	--



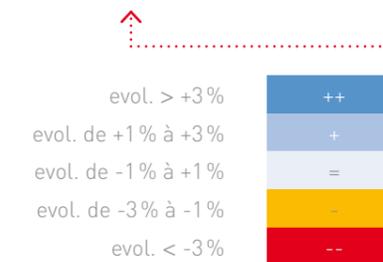
DA	Evolution du volume d'activité			
	HC		hdj	
	Public	Privé	Public	Privé
D23-Toxicologie, intoxications, alcool	++	--	++	--
D24-Douleurs chroniques, soins palliatifs	++	++	++	++
D25-Transplantation d'organes	++	--		
D26-Activités inter-spécialités, suivi thérapeutique d'affections connues	=	+	--	--
D27-Séances			++	+
D28-Autres symptômes ou motifs médicaux	++	--	--	--



DA	Evolution du volume d'activité			
	HC		hdj	
	niveau	evol.	niveau	evol.
D01-Digestif	+	++	-	+
D02-Orthopédie traumatologie	=	+	-	+
D03-Traumatismes multiples ou complexes graves	++	=		
D04-Rhumatologie	++	+	++	++
D05-Système nerveux (hors cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels)	++	=	++	+
D06-Cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels	=	+	=	=
D07-Cardiologie (hors cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels)	++	=	+	++
D08-Vasculaire périphérique	=	++	-	=
D09-Pneumologie	++	=	++	++
D10-ORL, stomatologie	=	++	-	+
D11-Ophthalmologie	=	++	-	++
D12-Gynécologie - sein	=	++	=	=
D13-Obstétrique	+	+	++	++
D14-Nouveau-nés	+	++	++	++



DA	Evolution du volume d'activité			
	HC		hdj	
	niveau	evol.	niveau	evol.
D15-Uro-néphrologie et génital masculin	+	+	=	++
D16-Hématologie	++	=	++	++
D17-Chimiothérapie, radiothérapie, hors séances	++	+		
D18-Maladies infectieuses (dont VIH)	++	+	++	++
D19-Endocrinologie	++	=	++	+
D20-Tissu cutané et tissu sous-cutané	+	=	=	++
D21-Brûlures	++	+	++	++
D22-Psychiatrie	++	+	++	=
D23-Toxicologie, intoxications, alcool	++	+	++	+
D24-Douleurs chroniques, soins palliatifs	+	+	++	--
D25-Transplantation d'organes	++	=		
D26-Activités inter-spécialités, suivi thérapeutique d'affections connues	+	-	+	+
D27-Séances			+	++
D28-Autres symptômes ou motifs médicaux	++	++	++	++



Etude relative à la file active en hospitalisation (réalisée par le pôle Finances-BDHF de la FHF)

Les calculs se font hors séances.

Chiffres bruts 2009-2011

Année	Nbre d'individus différents ayant eu au moins 1 hospit.	n/n-1	Nbre total d'hospit.	n/n-1	Nbre d'hospit. par individu	n/n-1
2009	11 408 042		17 083 076		1,4975	
2010	11 466 830	+0,5%	17 184 715	+0,6%	1,4987	+0,1%
2011	11 613 087	+1,3%	17 414 401	+1,3%	1,4996	+0,1%

Sources : PMSI 2009-2011 ATIH / FHF-BDHF

Ce tableau semble indiquer que l'augmentation continue du nombre d'hospitalisations en France n'est pas (ou très peu) liée à une augmentation du nombre d'hospitalisations par individu, laquelle croît très lentement. Il semblerait que l'origine de ce phénomène se situe davantage dans un élargissement continu de la file active.

Transferts public/privé ?

Année	Nbre d'individus différents ayant eu 1 (ou +) hospit. seulement dans le secteur ex-DG	n/n-1	Nbre d'individus différents ayant eu 1 (ou +) hospit. seulement dans le secteur ex-QQN	n/n-1	Nbre d'individus différents ayant eu 1 (ou +) hospit. dans les 2 secteurs	n/n-1
2009	6 358 571		4 389 503		659 968	
2010	6 425 921	+1,1%	4 374 163	-0,3%	666 746	+1,0%
2011	6 508 310	+1,3%	4 422 864	+1,1%	681 913	+2,3%

Année	Nbre d'hospit. pour individus exclusifs du secteur ex-DG	n/n-1	Nbre d'hospit. pour individus exclusifs du secteur ex-QQN	n/n-1	Nbre d'hospit. pour individus hospitalisés au moins une fois dans les 2 secteurs	n/n-1
2009	9 678 179		5 340 924		2 063 973	
2010	9 776 592	+1,0%	5 322 812	-0,3%	2 085 311	+1,0%
2011	9 896 714	+1,2%	5 391 186	+1,3%	2 126 501	+2,0%

Année	Nbre d'hospit moyen par individu exclusif du secteur ex-DG	n/n-1	Nbre d'hospit moyen par individu exclusif du secteur ex-QQN	n/n-1	Nbre d'hospit moyen par individu non exclusif d'un secteur	n/n-1
2009	1,5221		1,2167		3,1274	
2010	1,5214	-0,0%	1,2169	+0,0%	3,1276	+0,0%
2011	1,5206	-0,1%	1,2189	+0,2%	3,1184	-0,3%

La file active du public semble augmenter davantage que celle du privé (sur la période étudiée : +2,35% vs +0,76% pour les patients captifs d'un seul secteur et +2,44% vs +1,10% si on intègre également les individus communs aux deux secteurs). A l'inverse, le nombre d'hospitalisations par individu pour chacune des catégories ne présente aucun effet « dumping ». On constate que la file active spécifique du privé subit moins d'épisodes mais on peut avancer sans risque d'erreur que ceci s'explique très probablement par le profil d'activité très différent (davantage orienté acte chirurgical simple ou acte technique simple pour le privé et davantage tourné vers une prise en charge médicale polypathologique pour le public).

On conclut également ici par un élargissement de l'assiette des hospitalisés (profitant un peu plus au public) et non par une augmentation du nombre d'hospitalisations par individu.

Chirurgie

Année	Nbre d'individus différents ayant eu 1 (ou +) hospit. seulement dans le secteur ex-DG	n/n-1	Nbre d'individus différents ayant eu 1 (ou +) hospit. seulement dans le secteur ex-QQN	n/n-1	Nbre d'individus différents ayant eu 1 (ou +) hospit. dans les 2 secteurs	n/n-1
2009	2 166 566		2 763 078		116 217	
2010	2 190 502	+1,1%	2 774 600	+0,4%	117 802	+1,4%
2011	2 253 826	+2,9%	2 840 398	+2,4%	121 692	+3,3%

Année	Nbre d'hospit. pour individus exclusifs du secteur ex-DG	n/n-1	Nbre d'hospit. pour individus exclusifs du secteur ex-QQN	n/n-1	Nbre d'hospit. pour individus hospitalisés au moins une fois dans les 2 secteurs	n/n-1
2009	2 506 710		3 189 105		274 649	
2010	2 544 352	+1,5%	3 211 096	+0,7%	278 641	+1,5%
2011	2 624 243	+3,1%	3 297 515	+2,7%	288 174	+3,4%

Année	Nbre d'hospit. moyen par individu exclusif du secteur ex-DG	n/n-1	Nbre d'hospit. moyen par individu exclusif du secteur ex-OQN	n/n-1	Nbre d'hospit. moyen par individu non exclusif d'un secteur	n/n-1
2009	1,1570		1,1542		2,3632	
2010	1,1615	+0,4%	1,1573	+0,3%	2,3653	+0,1%
2011	1,1644	+0,2%	1,1609	+0,3%	2,3681	+0,1%

En chirurgie, le secteur ex-OQN présente une file active de patients plus élargie du fait des très nombreuses hospitalisations ambulatoire. Néanmoins, c'est la base du public qui s'élargit le plus vite (+4,0% sur la période vs +3,0% pour le privé). Le nombre d'hospitalisations augmente un peu plus vite (et donc le nombre d'hospitalisations par individu croît légèrement), mais cela n'est pas très significatif. En chirurgie, c'est donc essentiellement l'augmentation du nombre d'individus différents qui est à l'origine de l'augmentation d'activité nationale.

Médecine

Année	Nbre d'individus différents ayant eu 1 (ou +) hospit. seulement dans le secteur ex-DG	n/n-1	Nbre d'individus différents ayant eu 1 (ou +) hospit. seulement dans le secteur ex-OQN	n/n-1	Nbre d'individus différents ayant eu 1 (ou +) hospit. dans les 2 secteurs	n/n-1
2009	4 279 568		1 879 600		289 394	
2010	4 323 195	+1,0%	1 874 942	-0,2%	292 175	+1,0%
2011	4 376 482	+1,2%	1 876 241	+0,1%	297 164	+1,7%

Année	Nbre d'hospit. pour individus exclusifs du secteur ex-DG	n/n-1	Nbre d'hospit. pour individus exclusifs du secteur ex-OQN	n/n-1	Nbre d'hospit. pour individus hospitalisés au moins une fois dans les 2 secteurs	n/n-1
2009	6 654 948		2 152 894		903 911	
2010	6 699 076	+0,7%	2 146 494	-0,3%	912 117	+0,9%
2011	6 771 477	+1,1%	2 149 603	+0,1%	925 145	+1,4%

Année	Nbre d'hospit. moyen par individu exclusif du secteur ex-DG	n/n-1	Nbre d'hospit. moyen par individu exclusif du secteur ex-OQN	n/n-1	Nbre d'hospit. moyen par individu non exclusif d'un secteur	n/n-1
2009	1,5551		1,1454		3,1235	
2010	1,5496	-0,4%	1,1448	-0,0%	3,1218	-0,1%
2011	1,5472	-0,1%	1,1457	+0,1%	3,1132	-0,3%

Sur 2009-2011 la croissance de la file active ne bénéficie qu'au secteur ex-DG (+2,3%), le secteur ex-OQN restant avec une file active exclusive stable

(-0,2%). Le résultat est parallèle pour le nombre d'hospitalisations mais dissimule une légère baisse du nombre moyen d'hospitalisations par individu (notamment en public). La conclusion est donc identique : l'augmentation globale d'activité (+1,4% d'hospitalisations sur la période) n'est liée qu'à un élargissement de la file active (profitant au secteur ex-DG en l'occurrence) et non pas à une augmentation des ré-hospitalisations.

Obstétrique

Année	Nbre d'individus différents ayant eu 1 (ou +) hospit. seulement dans le secteur ex-DG	n/n-1	Nbre d'individus différents ayant eu 1 (ou +) hospit. seulement dans le secteur ex-OQN	n/n-1	Nbre d'individus différents ayant eu 1 (ou +) hospit. dans les 2 secteurs	n/n-1
2009	796 358		279 398		12 514	
2010	807 365	+1,4%	278 071	-0,5%	12 517	+0,0%
2011	798 311	-1,1%	268 563	-3,4%	12 287	-1,8%

Année	Nbre d'hospit. pour individus exclusifs du secteur ex-DG	n/n-1	Nbre d'hospit. pour individus exclusifs du secteur ex-OQN	n/n-1	Nbre d'hospit. pour individus hospitalisés au moins une fois dans les 2 secteurs	n/n-1
2009	990 609		320 015		30 748	
2010	1 001 536	+1,1%	316 019	-1,2%	31 317	+1,9%
2011	988 618	-1,3%	304 097	-3,8%	30 662	-2,1%

Année	Nbre d'hospit. moyen par individu exclusif du secteur ex-DG	n/n-1	Nbre d'hospit. moyen par individu exclusif du secteur ex-OQN	n/n-1	Nbre d'hospit. moyen par individu non exclusif d'un secteur	n/n-1
2009	1,2439		1,1454		2,4571	
2010	1,2405	-0,3%	1,1365	-0,8%	2,5020	+1,8%
2011	1,2384	-0,2%	1,1323	-0,4%	2,4955	-0,3%

Il s'agit d'un cas particulier puisque l'activité d'obstétrique a eu plutôt tendance à baisser sur la période (-1,3% d'hospitalisations). Mais cette baisse n'est que le fait du privé (-4,6%) alors que le public se maintient au même volume avec une très légère hausse du nombre d'individus différents (+0,2% contre -4,8% dans le privé). Le nombre d'hospitalisations par individu (qui a un peu moins de sens que pour les autres disciplines) est en baisse dans les deux secteurs d'environ -0,3%.

Même si le cas de l'obstétrique est un peu différent des autres, on peut d'emblée exclure un accroissement du nombre de venues par individu (ici on assiste plutôt au contraire) et conclure que le nombre d'hospitalisations dans l'année est essentiellement influencé par le nombre d'individus différents plutôt que par le nombre d'hospitalisations par individu nettement plus stable.

ANNEXE 4

Structure d'activité différenciée

Voici ci-dessous les 5 GHS qui rapportent le plus de chiffres d'affaires pour chaque type de structure.

■ CH (+ HL) :

- GHS 5495 / GHM 14Z14A-Accouchements uniques par voie basse chez une multipare, sans complication significative : 2.5 %
- GHS 9605 / GHM 28Z04Z-Hémodialyse, en séances : 2.1 %
- GHS 5490 / GHM 14Z13A-Accouchements uniques par voie basse chez une primipare, sans complication significative : 2.1 %
- GHS 5903 / GHM 15M05A-Nouveau-nés de 3 300 g et âge gestationnel de 40 SA et assimilés (groupe nv-nés 1), sans problème significatif : 1.8 %
- GHS 9606 / GHM 28Z07Z-Chimiothérapie pour tumeur, en séances : 1.6 %

■ CHU :

- GHS 9606 / GHM 28Z07Z-Chimiothérapie pour tumeur, en séances : 1.7 %
- GHS 9605 / GHM 28Z04Z-Hémodialyse, en séances : 1.4 %
- GHS 5495 / GHM 14Z14A-Accouchements uniques par voie basse chez une multipare, sans complication significative : 1.1 %
- GHS 5490 / GHM 14Z13A-Accouchements uniques par voie basse chez une primipare, sans complication significative : 1 %
- GHS 5903 / GHM 15M05A-Nouveau-nés de 3 300 g et âge gestationnel de 40 SA et assimilés (groupe nv-nés 1), sans problème significatif : 0.9 %

■ PNL :

- GHS 7994 / GHM 23Z02Z-Soins palliatifs, avec ou sans acte : 2.4 %
- GHS 5490 / GHM 14Z13A-Accouchements uniques par voie basse chez une primipare, sans complication significative : 2 %
- GHS 5495 / GHM 14Z14A-Accouchements uniques par voie basse chez une multipare, sans complication significative : 1.9 %
- GHS 9606 / GHM 28Z07Z-Chimiothérapie pour tumeur, en séances : 1.8 %
- GHS 9605 / GHM 28Z04Z-Hémodialyse, en séances : 1.7 %

■ CLCC :

- GHS 9606 / GHM 28Z07Z-Chimiothérapie pour tumeur, en séances : 12.8%
- GHS 9632 / GHM 28Z24Z-Techniques complexes d'irradiation externe sans repositionnement, en séances : 4.9%
- GHS 9631 / GHM 28Z23Z-Techniques complexes d'irradiation externe avec repositionnement, en séances : 4.6%
- GHS 9628 / GHM 28Z20Z-Préparations à une irradiation externe avec dosimétrie tridimensionnelle avec HDV : 3.9%
- GHS 7993 / GHM 23Z02Z-Soins palliatifs, avec ou sans acte : 3.7%

■ Privé :

- GHS 424 / GHM 02C05J-Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie, en ambulatoire : 5.2%
- GHS 2121 / GHM 06K04J-Endoscopie digestive diagnostique et anesthésie, en ambulatoire : 3.8%
- GHS 9606 / GHM 28Z07Z-Chimiothérapie pour tumeur, en séances : 3.2%
- GHS 2119 / GHM 06K02Z-Endoscopies digestives thérapeutiques et anesthésie : séjours de moins de 2 jours : 2.2%
- GHS 2885 / GHM 08C481-Prothèses de hanche pour des affections autres que des traumatismes récents, niveau 1 : 1.7%

■ HIA :

- GHS 9606 / GHM 28Z07Z-Chimiothérapie pour tumeur, en séances : 1.8%
- GHS 424 / GHM 02C05J-Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie, en ambulatoire : 1.4%
- GHS 7993 / GHM 23Z02Z-Soins palliatifs, avec ou sans acte : 1.2%
- GHS 1144 / GHM 04M053-Pneumonies et pleurésies banales, âge supérieur à 17 ans, niveau 3 : 1.2%
- GHS 7860 / GHM 22Z024-Brûlures étendues, niveau 4 : 1.1%

Si on ne s'intéresse qu'aux racines des GHM (5 digits) afin de neutraliser l'effet « sévérité des cas », on obtient le palmarès de « racines » suivant avec les plus importants chiffres d'affaires :

■ CH (+HL) :

- 05M09 : Insuffisances cardiaques et états de choc circulatoire : 2.8%
- 14Z14 : Accouchements uniques par voie basse chez une multiparee : 2.7%

- 15M05 : Nouveau-nés de 3 300 g et âge gestationnel de 40 SA et assimilés (groupe nouveau-nés 1) : 2.6%
- 14Z13 : Accouchements uniques par voie basse chez une primipare : 2.3%
- 04M05 : Pneumonies et pleurésies banales, âge supérieur à 17 ans : 2.3%

■ CHU :

- 28Z07 : Chimiothérapie pour tumeur, en séances : 1.7%
- 01C04 : Craniotomies en dehors de tout traumatisme, âge supérieur à 17 ans : 1.7%
- 05C03 : Chirurgie de remplacement valvulaire avec CEC, sans cathétérisme cardiaque, ni coronarographie : 1.5%
- 28Z04 : Hémodialyse, en séances : 1.5%
- 06C04 : Interventions majeures sur l'intestin grêle et le côlon : 1.3%

■ HIA :

- 06C04 : Interventions majeures sur l'intestin grêle et le côlon : 2.3%
- 04M05 : Pneumonies et pleurésies banales, âge supérieur à 17 ans : 2%
- 02C05 : Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie : 2%
- 04M13 : Œdème pulmonaire et détresse respiratoire : 2%
- 05M09 : Insuffisances cardiaques et états de choc circulatoire : 1.9%

■ Privé non lucratif :

- 23Z02 : Soins palliatifs, avec ou sans acte : 3.7%
- 15M05 : Nouveau-nés de 3 300 g et âge gestationnel de 40 SA et assimilés (groupe nouveau-nés 1) : 2.2%
- 14Z13 : Accouchements uniques par voie basse chez une primipare : 2.2%
- 14Z14 : Accouchements uniques par voie basse chez une multiparee : 2.1%
- 06C04 : Interventions majeures sur l'intestin grêle et le côlon : 1.9%

■ CLCC :

- 28Z07 : Chimiothérapie pour tumeur, en séances : 12.8%
- 17M06 : Chimiothérapie pour autre tumeur : 7.8%
- 28Z24 : Techniques complexes d'irradiation externe sans repositionnement, en séances : 4.9%
- 28Z18 : Radiothérapie conformationnelle avec modulation d'intensité, en séances : 4.8%

- **28Z23** : Techniques complexes d'irradiation externe avec repositionnement, en séances : 4.6 %

■ **Privé :**

- **02C05** : Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie : 6.1 %
- **06K04** : Endoscopie digestive diagnostique et anesthésie, en ambulatoire : 3.8 %
- **28Z07** : Chimiothérapie pour tumeur, en séances : 3.2 %
- **08C48** : Prothèses de hanche pour des affections autres que des traumatismes récents : 2.9 %
- **08C24** : Prothèses de genou : 2.8 %

On constate ici aussi de très importantes différences de profils. Par exemple, la racine qui est n°2 dans les CHU est n°163 dans le privé ! De la même façon, le n°1 dans le privé (cataractes) n'est que 18° dans les CH et 28° dans les CHU.

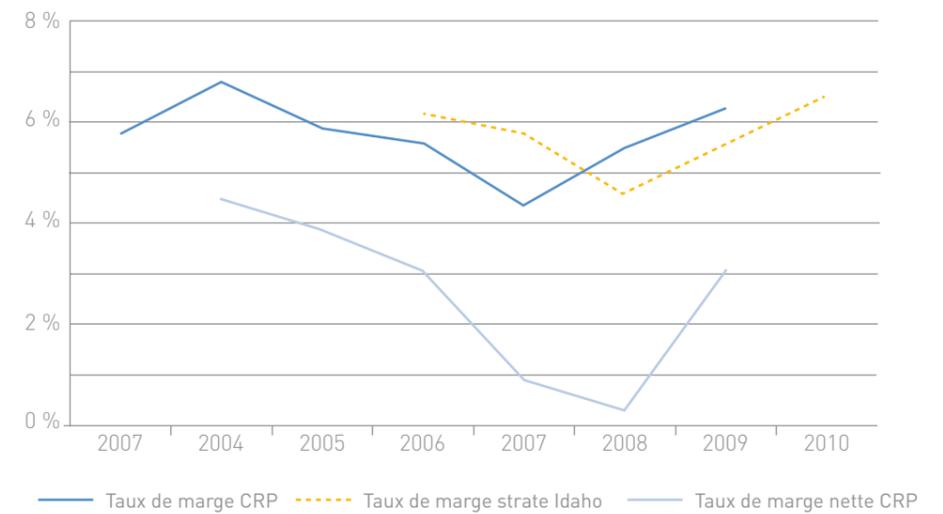
La racine qui « rapporte » le plus dans les CHU (chimiothérapie en séances) explique 1,7 % du chiffre d'affaires, alors que dans le privé lucratif les 12 racines de GHM les plus importantes rapportent toutes davantage (activité nettement plus concentrée).

ANNEXE 5

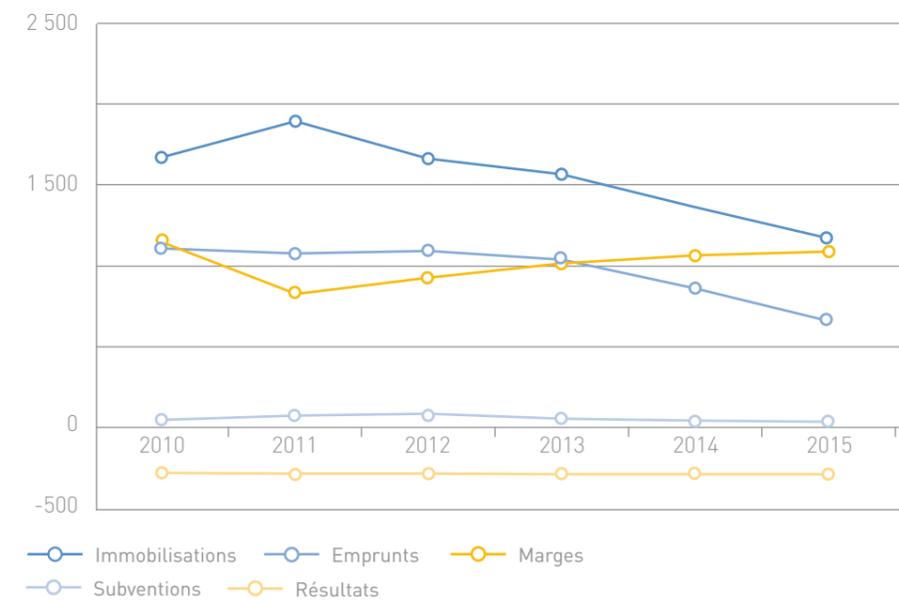
Impact financier

L'investissement des établissements de santé

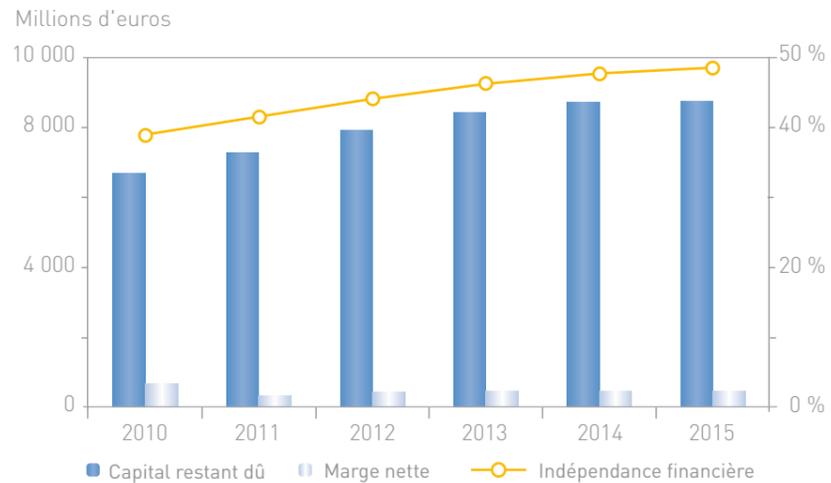
Graphique 2 : Taux de marge des CHU entre 2003 et 2010



Graphique 3 : Profil d'investissement des CHU de 2010 à 2015 (projections)



Graphique 4 : Evolution de l'indépendance financière des CHU de 2010 à 2015 (projections)



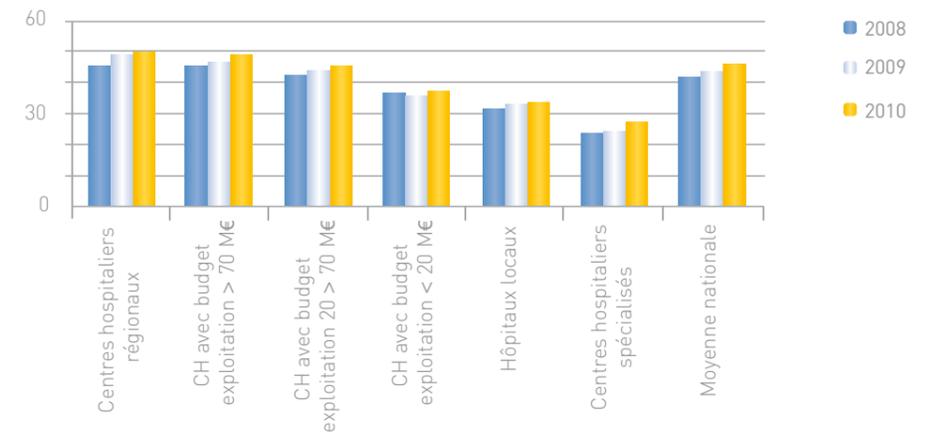
Graphique 5 : Tableau prospectif des CHU sur la base des PGFP déposés et/ou approuvés (projections)

CHRU hors AP-HP et FdF en M€	2010	2011	2012	2013	2014	2015
TDF emplois						
IAF						
Immobilisations	1 681 967	1 897 154	1 666 911	1 571 954	1 364 403	1 174 914
Remboursement d'emprunts	462 601	473 194	479 303	530 861	573 044	613 182
Participations						
TDF ressources						
CAF	981 943	706 445	781 207	856 503	897 759	922 956
Emprunts	1 115 433	1 082 761	1 099 897	1 041 225	865 779	661 779
Subventions	53 331	76 550	81 028	57 872	49 715	42 875
Equilibre (ressources - emplois)	6 139	504 592	184 082	147 215	124 194	160 486

Ratio Module Finances 2010 - Indépendance financière (%)

	Centres hospitaliers régionaux	CH avec budget exploitation > 70M €	CH avec budget exploitation 20 >70M €	CH avec budget exploitation < 20M €
2010	50,93	49,20	45,90	37,90
2009	49,05	46,88	44,17	36,55
2008	45,72	45,57	43,00	37,03

	Hôpitaux locaux	Centres hospitaliers spécialisés	Moyenne nationale
2010	34,44	27,66	46,29
2009	33,57	24,67	44,22
2008	31,82	24,29	42,30



ANNEXE 6

Impact qualité : étude relative à l'évolution des délais « diagnostic cancer » - « première chimiothérapie »

Etude réalisée sur la période 2008-2010

Méthodologie : Sur la période 2008-2010, on conserve tous les séjours avec un DP de cancer ainsi que tous les séjours et séances de chimiothérapie.

A l'aide des données de chaînage, tous ces épisodes sont rangés chronologiquement pour chaque individu.

On conserve tous les individus dont le 1^{er} séjour rencontré est un séjour avec un DP de cancer et qui possèdent des séjours (ou séances) de chimiothérapie dans la suite de la prise en charge. Toute autre configuration est exclue de l'étude (si l'individu ne possède que de la chimiothérapie par exemple ou pas du tout de chimiothérapie ou bien que le 1^{er} séjour rencontré est un séjour de chimiothérapie, etc.).

On exclue tous les individus qui démarrent par plus de 3 séjours avec DP cancer avant la 1^{re} chimiothérapie (on trouve jusqu'à 71 séjours avec DP cancer avant la 1^{re} chimiothérapie : l'analyse montre qu'il s'agit très probablement de séances de chimiothérapie mal codées).

On exclue également tous les individus dont le premier séjour est rencontré au premier semestre 2008 afin de minimiser les risques que les patients appartiennent déjà à la file active de cancer dans les années antérieures. On exclue également les individus dont le « séjour diagnostic » est réalisé au cours du second semestre 2010. Ces

individus ne posent pas de soucis particulier (ils ont un « séjour diagnostic » et une première chimiothérapie au cours du 2^d semestre 2010, par contre leur nombre est nettement sous-estimé puisque tous les séjours dont la 1^{re} chimiothérapie a lieu en 2011 n'apparaissent pas dans leur population : le volume et les indicateurs de délai pour cette population sont donc biaisés).

On calcule le délai entre la fin du premier séjour avec DP de cancer et le début du 1^{er} séjour (ou séance) de chimiothérapie.

On retient le délai médian comme indicateur (il est nettement moins sensible aux valeurs extrêmes).

Il convient d'être extrêmement prudent dans l'interprétation car on constate que les délais sont parfois très longs et que les volumes sont souvent en baisse. Cela sous-entend que plus on avance dans le temps et plus il y a des chances qu'il y ait des données manquantes liées au manque de recul (le patient diagnostiqué en juin 2010 et qui démarre une chimiothérapie en 2011 est absent) : quelques délais extrêmes sont donc absents de l'étude ce qui a un impact sur l'indicateur, et cet impact augmente quand on approche la fin de la période observée, même si on a supprimé les individus « diagnostiqués » au 2^d semestre 2010 afin d'être certain d'avoir au moins 6 mois de recul pour chaque individu.

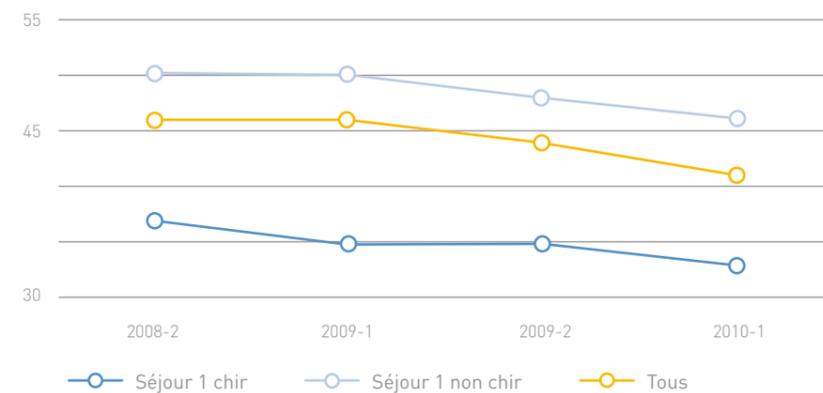
APPAREIL DIGESTIF

Délai médian diagnostic cancer ←=> chimiothérapie

	2008-2	2009-1	2009-2	2010-1
Séjour 1 chir	37	35	35	33
Séjour 1 non chir	50	50	48	46
Tous	46	46	44	41

Nombre de séjours concernés

	2008-2	2009-1	2009-2	2010-1
Séjour 1 chir	4251	3886	3781	3358
Séjour 1 non chir	11398	11654	11046	10490
Tous	15649	15540	14827	13848



Sources : PMSI 2008 à 2010 - ATIH - BDHF-FHF - voir méthode

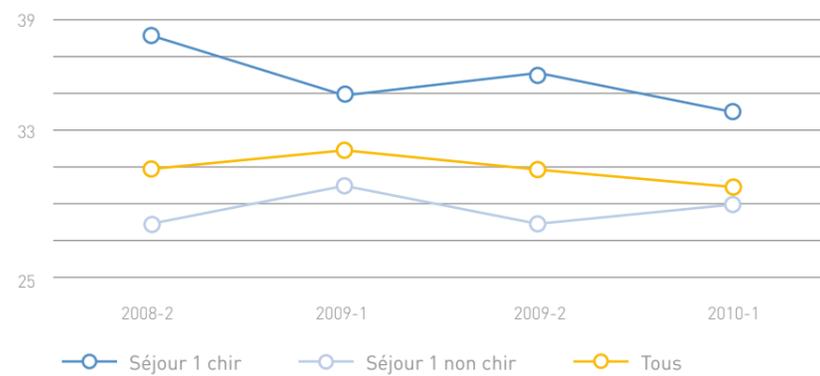
APPAREIL RESPIRAT

Délai médian diagnostic cancer $\leftarrow\rightarrow$ chimiothérapie

	2008-2	2009-1	2009-2	2010-1
Séjour 1 chir	38	35	36	34
Séjour 1 non chir	28	30	28	29
Tous	31	32	31	30

Nombre de séjours concernés

	2008-2	2009-1	2009-2	2010-1
Séjour 1 chir	1975	1860	1877	1659
Séjour 1 non chir	6495	6273	5893	6025
Tous	8470	8133	7770	7684



Sources : PMSI 2008 à 2010 - ATIH - BDHF-FHF - voir méthodo

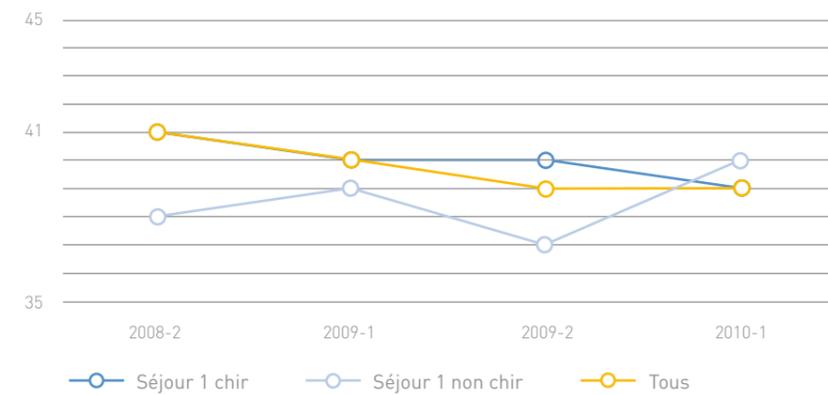
AUTRES APPAREILS

Délai médian diagnostic cancer $\leftarrow\rightarrow$ chimiothérapie

	2008-2	2009-1	2009-2	2010-1
Séjour 1 chir	41	40	40	39
Séjour 1 non chir	38	39	37	40
Tous	41	40	39	39

Nombre de séjours concernés

	2008-2	2009-1	2009-2	2010-1
Séjour 1 chir	1398	1344	1173	1089
Séjour 1 non chir	493	483	411	399
Tous	1891	1827	1584	1488



Sources : PMSI 2008 à 2010 - ATIH - BDHF-FHF - voir méthodo

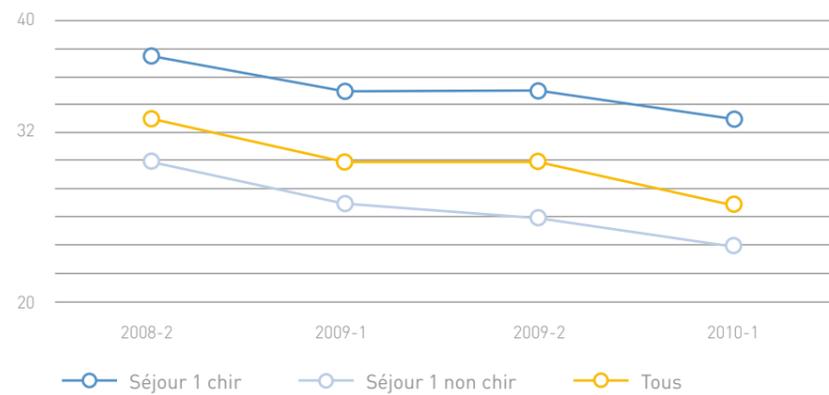
HEMATOLOGIE

Délai médian diagnostic cancer \leftrightarrow chimiothérapie

	2008-2	2009-1	2009-2	2010-1
Séjour 1 chir	37,5	35	35	33
Séjour 1 non chir	30	27	26	24
Tous	33	30	30	27

Nombre de séjours concernés

	2008-2	2009-1	2009-2	2010-1
Séjour 1 chir	1962	2052	1919	1926
Séjour 1 non chir	4628	4435	4114	3879
Tous	6590	6487	6033	5805



Sources : PMSI 2008 à 2010 - ATIH - BDHF-FHF - voir méthodo

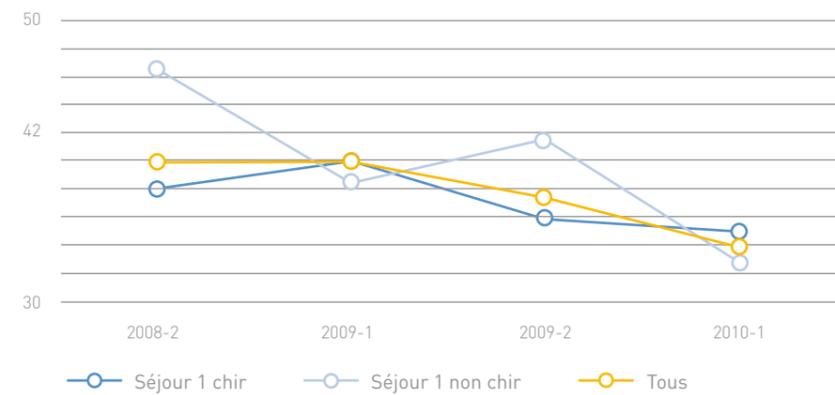
MESOTHELIOME

Délai médian diagnostic cancer \leftrightarrow chimiothérapie

	2008-2	2009-1	2009-2	2010-1
Séjour 1 chir	38	40	36	35
Séjour 1 non chir	46,5	38,5	41,5	33
Tous	40	40	37,5	34

Nombre de séjours concernés

	2008-2	2009-1	2009-2	2010-1
Séjour 1 chir	164	169	162	166
Séjour 1 non chir	66	52	56	46
Tous	230	221	218	212



Sources : PMSI 2008 à 2010 - ATIH - BDHF-FHF - voir méthodo

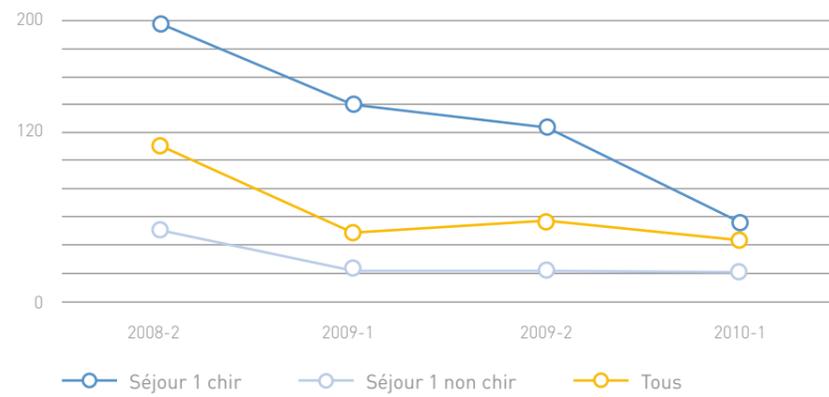
OEIL

Délai médian diagnostic cancer $\leftarrow\rightarrow$ chimiothérapie

	2008-2	2009-1	2009-2	2010-1
Séjour 1 chir	196	139	124	57,5
Séjour 1 non chir	52	26	25	23
Tous	110,5	51	59	46,5

Nombre de séjours concernés

	2008-2	2009-1	2009-2	2010-1
Séjour 1 chir	31	32	24	20
Séjour 1 non chir	25	23	26	16
Tous	56	55	50	36



Sources : PMSI 2008 à 2010 - ATIH - BDHF-FHF - voir méthode

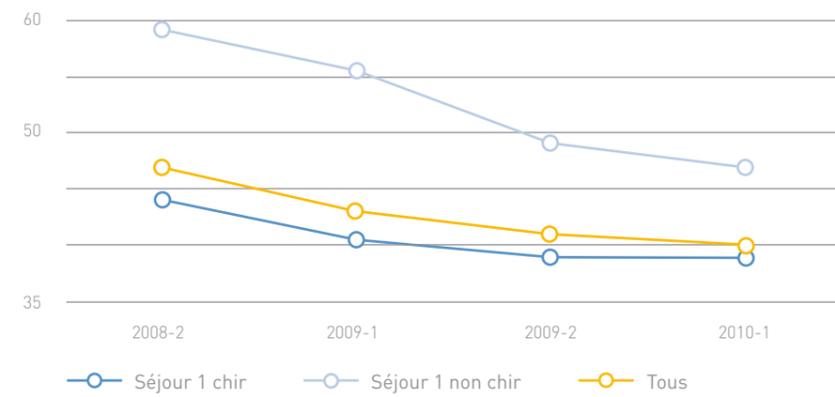
ORGANES GENITAUX

Délai médian diagnostic cancer $\leftarrow\rightarrow$ chimiothérapie

	2008-2	2009-1	2009-2	2010-1
Séjour 1 chir	44	40,5	39	39
Séjour 1 non chir	59	55,5	49	47
Tous	47	43	41	40

Nombre de séjours concernés

	2008-2	2009-1	2009-2	2010-1
Séjour 1 chir	3016	3006	2781	2640
Séjour 1 non chir	1206	1088	933	807
Tous	4222	4094	3714	3447



Sources : PMSI 2008 à 2010 - ATIH - BDHF-FHF - voir méthode

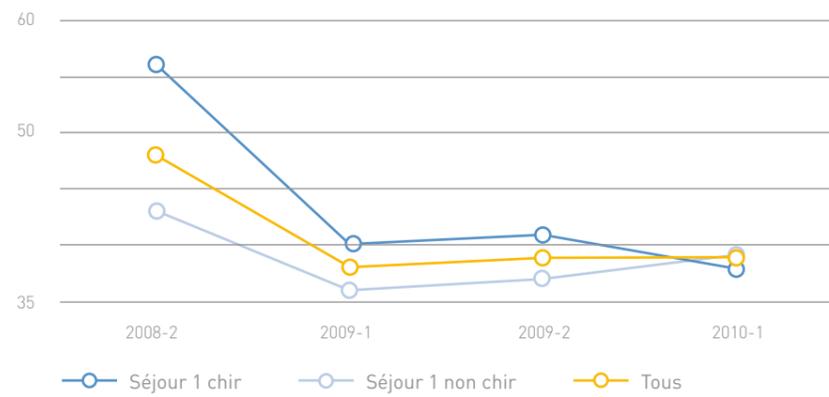
OS

Délai médian diagnostic cancer $\leftarrow\Rightarrow$ chimiothérapie

	2008-2	2009-1	2009-2	2010-1
Séjour 1 chir	56	40	41	38
Séjour 1 non chir	43	36	37	39
Tous	48	38	39	39

Nombre de séjours concernés

	2008-2	2009-1	2009-2	2010-1
Séjour 1 chir	413	341	315	282
Séjour 1 non chir	741	711	614	517
Tous	1154	1052	929	799



Sources : PMSI 2008 à 2010 - ATIH - BDHF-FHF - voir méthode

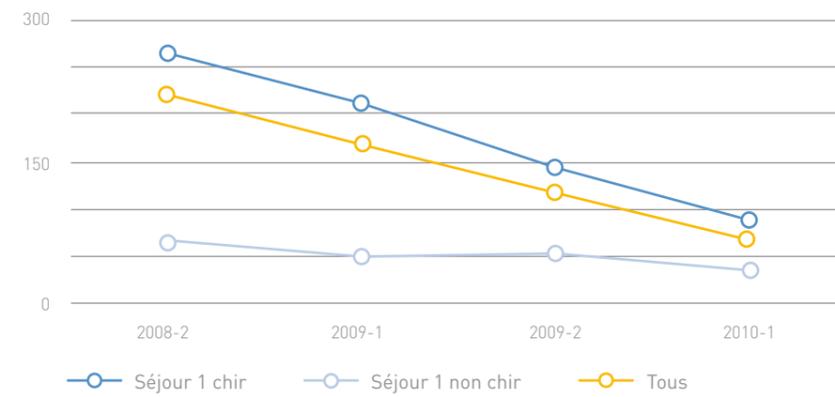
PEAU

Délai médian diagnostic cancer $\leftarrow\Rightarrow$ chimiothérapie

	2008-2	2009-1	2009-2	2010-1
Séjour 1 chir	263	211	144	89,5
Séjour 1 non chir	66	52	53	36
Tous	220	167	118	69

Nombre de séjours concernés

	2008-2	2009-1	2009-2	2010-1
Séjour 1 chir	794	620	461	338
Séjour 1 non chir	216	175	149	123
Tous	1010	795	610	461



Sources : PMSI 2008 à 2010 - ATIH - BDHF-FHF - voir méthode

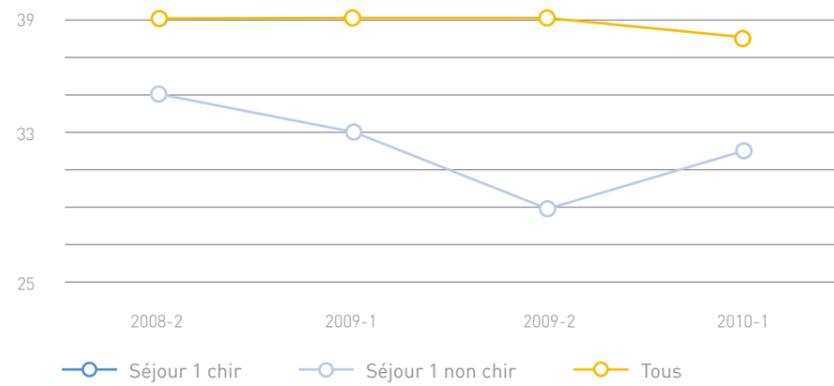
SEIN

Délai médian diagnostic cancer \leftarrow \Rightarrow chimiothérapie

	2008-2	2009-1	2009-2	2010-1
Séjour 1 chir	39	39	39	38
Séjour 1 non chir	35	33	29	32
Tous	39	39	39	38

Nombre de séjours concernés

	2008-2	2009-1	2009-2	2010-1
Séjour 1 chir	9276	9671	9182	9492
Séjour 1 non chir	905	774	803	733
Tous	10181	10445	9985	10225



Sources : PMSI 2008 à 2010 - ATIH - BDHF-FHF - voir méthodo

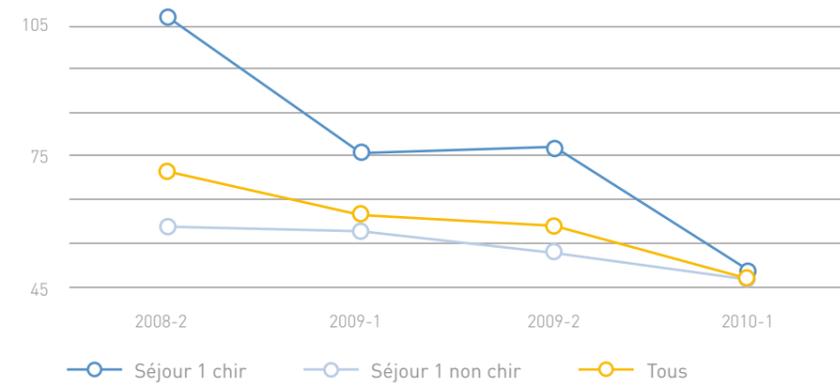
SNC

Délai médian diagnostic cancer \leftarrow \Rightarrow chimiothérapie

	2008-2	2009-1	2009-2	2010-1
Séjour 1 chir	107	76	77	49
Séjour 1 non chir	59	58	53	47
Tous	71,5	62	59	47

Nombre de séjours concernés

	2008-2	2009-1	2009-2	2010-1
Séjour 1 chir	662	653	583	459
Séjour 1 non chir	916	839	763	664
Tous	1578	1492	1346	1123



Sources : PMSI 2008 à 2010 - ATIH - BDHF-FHF - voir méthodo

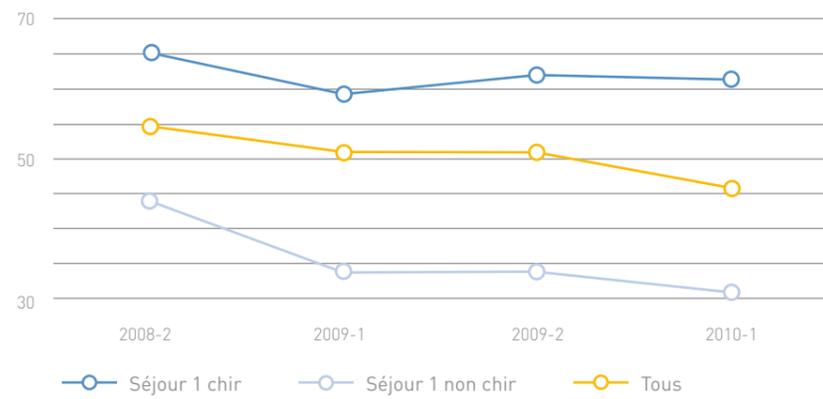
THYROÏDE GLANDES

Délai médian diagnostic cancer $\leftarrow\rightarrow$ chimiothérapie

	2008-2	2009-1	2009-2	2010-1
Séjour 1 chir	65	59,5	62	61,5
Séjour 1 non chir	44	34	34	31
Tous	54,5	51	51	46

Nombre de séjours concernés

	2008-2	2009-1	2009-2	2010-1
Séjour 1 chir	181	194	160	92
Séjour 1 non chir	111	103	94	89
Tous	292	297	254	181



Sources : PMSI 2008 à 2010 - ATIH - BDHF-FHF - voir méthode

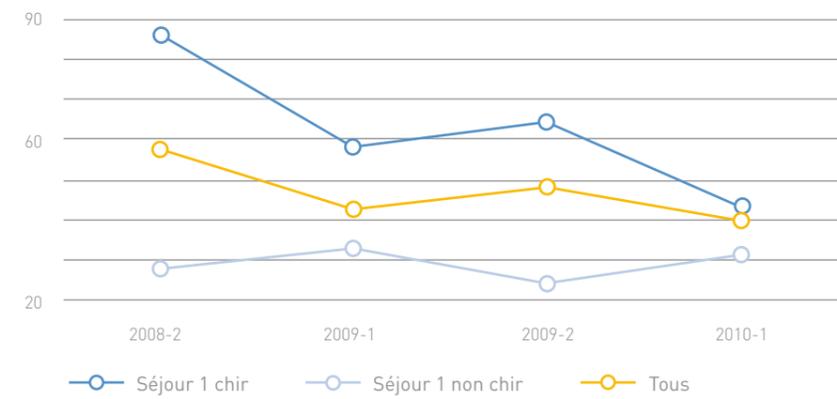
TISSUS MOUS

Délai médian diagnostic cancer $\leftarrow\rightarrow$ chimiothérapie

	2008-2	2009-1	2009-2	2010-1
Séjour 1 chir	86	58,5	64	43
Séjour 1 non chir	28	33	24,5	31,5
Tous	57,5	43	48	40

Nombre de séjours concernés

	2008-2	2009-1	2009-2	2010-1
Séjour 1 chir	176	142	165	115
Séjour 1 non chir	120	119	138	96
Tous	296	261	303	211



Sources : PMSI 2008 à 2010 - ATIH - BDHF-FHF - voir méthode

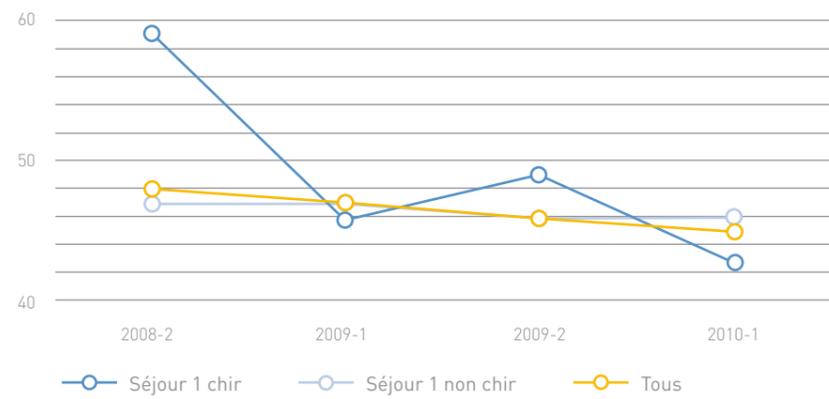
VADS

Délai médian diagnostic cancer $\leftarrow\Rightarrow$ chimiothérapie

	2008-2	2009-1	2009-2	2010-1
Séjour 1 chir	59	46	49	43
Séjour 1 non chir	47	47	46	46
Tous	48	47	46	45

Nombre de séjours concernés

	2008-2	2009-1	2009-2	2010-1
Séjour 1 chir	619	604	534	435
Séjour 1 non chir	3335	3349	3198	3068
Tous	3954	3953	3732	3503



Sources : PMSI 2008 à 2010 - ATIH - BDHF-FHF - voir méthodo

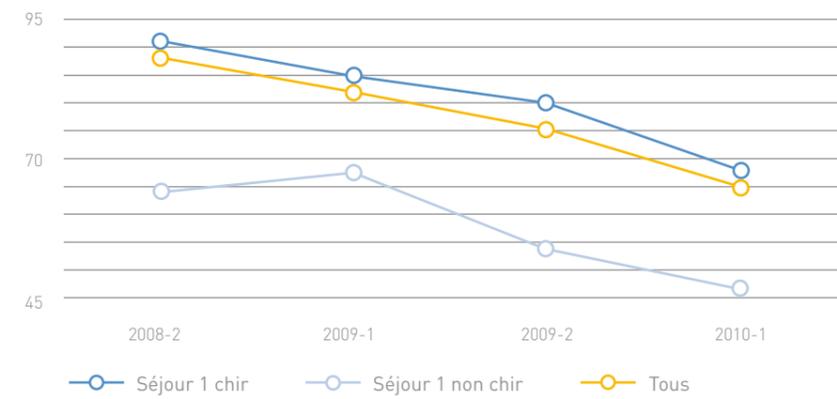
VOIES URINAIRES

Délai médian diagnostic cancer $\leftarrow\Rightarrow$ chimiothérapie

	2008-2	2009-1	2009-2	2010-1
Séjour 1 chir	91	85	80	68
Séjour 1 non chir	64	67,5	54	47
Tous	88	82	75	65

Nombre de séjours concernés

	2008-2	2009-1	2009-2	2010-1
Séjour 1 chir	2655	2636	1993	1766
Séjour 1 non chir	401	370	323	295
Tous	3056	3006	2316	2061



Sources : PMSI 2008 à 2010 - ATIH - BDHF-FHF - voir méthodo

QUESTIONNAIRE :

Une petite moitié des répondants considèrent que la T2A n'a pas eu de conséquences sur la qualité des soins, et un tiers d'entre eux indiquent qu'elle a eu un impact positif.

L'introduction de la T2A a-t-elle eu des conséquences sur la qualité des soins ?

	Total	DIR	MED
Sans réponse	14	13	1
Réponses exploitables	74	44	30
NEGATIVES	16 / 22 %	8 / 18 %	8 / 27 %
NULLES	34 / 46 %	21 / 48 %	13 / 43 %
POSITIVES	24 / 32 %	15 / 34 %	9 / 30 %

De quel ordre (DS, délais, attentes, infections nosocomiales...)?

Dans l'ordre décroissant des réponses ;

- Durée moyenne des séjours (23) ;
- Délai (5) ;
- Contraintes de temps médical et paramédical
Augmentation des tâches administratives du personnel médical et paramédical, pression sur les équipes ;
- Non-remplacement systématique du personnel absent non, chir ambulatoire, attractivité et image de l'établissement ;
- La T2A a eu des conséquences positives par rapport au système de financement par dotation sur la capacité des établissements, publics notamment, à répondre aux besoins de santé en permettant une plus grande souplesse dans la création de nouvelles activités indispensables (ouverture d'une unv, développement de l'obstétrique) ou de regagner des parts de marché sur des segments concurrentiels (chirurgie, médecine ou chirurgie ambulatoire). Cependant, on peut déplorer l'absence de prise en compte dans le modèle T2A d'un certain nombre de problématiques pourtant identifiées santé publique : rationalisation de la prise en charge ;
- Juste prescription ou examens ;
- Et organisation du travail (avec les conséquences sur les prises en charge), réflexion « éthique » sur certaines prises en charge au regard de leur coût (douleur notamment) ;
- Augmentation de la chirurgie ambulatoire et de l'hospitalisation de jour
- Donc taux infections nosocomiales, amélioration de la traçabilité et donc de la continuité et de la sécurité des soins ;
- Partiel ambulatoire favorisé ;

- En positif : rationalisation des prescriptions, meilleure sélection des actes ou des pratiques, meilleure adaptation à l'évolution des techniques. En négatif : effet sur les soins relationnels ou soins longs, l'éducation du patient (maternité par exemple) ; effet potentiel sur la sélection des malades mais non objectivé ; frein à la coopération entre établissements ;
- L'esprit dit de rentabilité exercé de façon bien pensée a permis de diminuer des séjours inutiles et des actes superflus. On note cependant des effets pervers ponctuellement sur certaines activités insuffisamment rémunérées, certaines prises en charge bénéfiques pour le patient moins rémunérées (bornes basses non atteintes, actes regroupés moins rémunérés que les actes dissociés...), Opacité et réduction des missions d'intérêt général... ;
- Limitation des ressources d'activités supports non financées par la t2a (psychologue, assistante sociale, rééducation, douleur...), insatisfaction des patients sur la disponibilité des personnels, temps de transmission réduits, difficultés à maintenir des staffs pluridisciplinaires.

Votre établissement a-t-il été contraint d'abandonner certaines activités ?

	Total	DIR	MED
Sans réponse	2	0	2
Réponses exploitables	86	57	29
NON	14 / 16 %	11 / 19 %	3 / 10 %
OUI	72 / 84 %	46 / 81 %	26 / 90 %

Parmi les activités qui ont dû être abandonnées, figurent, dans l'ordre décroissant des réponses :

Lesquelles ? (réponse libre)

- Chirurgie ;
- Maternité ;
- Obstétrique ;
- Pédiatrie adolescents ;
- Neurologie ;
- Soins continus - chirurgie ;
- Cancérologie (démographie et concurrence) ;
- Réflexion en cours (diabétologie, gériatrie) ;
- La chirurgie ;
- Chirurgie orthopédique ;
- Financement de la PDES est également problématique ;
- Ateliers thérapeutiques ;
- Réanimation ;

- HAD ;
- Hématologie ;
- Urologie.

Votre établissement a-t-il renforcé certaines activités ?

	Total	DIR	MED
Sans réponse	7	3	4
Réponses exploitables	81	54	27
NON	22 / 27 %	13 / 24 %	9 / 33 %
OUI	59 / 73 %	41 / 76 %	18 / 67 %

Parmi les activités qui ont été renforcées, figurent, dans l'ordre décroissant des réponses :

Lesquelles ? (réponse libre)

- Ambulatoire et HDJ (17) ;
- Spécialités de chirurgie (11) ;
- Périnatalité + maternité, gyneco-obstetrique (9) ;
- Chirurgie orthopédique (8) ;
- Gériatrie et aval des urgences (8) ;
- Cancerologie, chimiothérapie, radiothérapie (8) ;
- Neurologie (6) ;
- Radiologie (5) ;
- Cardiologie ;
- ORL ;
- Ophtalmologie (5) ;
- Réanimation, USI et USC (4) ;
- Cardiologie, cardio interventionnelle et rééducation cardio-vasculaire (4) ;
- Soins palliatifs(3) ;
- Urologie (3) ;
- Spécialités médicales (3) ;
- SSR (2) ;
- HGE - endoscopies (2) ;
- Maladies infectieuses ;
- Prises en charge coûteuses financées dans le cadre de la T2A (DMI...) ;
- Médecine ;
- Développement de consultations ou d'équipes pluridisciplinaires ;

- Urgences ;
- Neuro-vasculaire (switch neuro trad) ;
- Dermatologie ;
- Odontologie ;
- Pneumologie ;
- Activité de recours ;
- DIM ;
- Douleur chronique ;
- Programme ;
- ORL.

Votre établissement a-t-il développé certaines activités nouvelles ?

	Total	DIR	MED
Sans réponse	5	1	4
Réponses exploitables	83	56	27
NON	55 / 66 %	41 / 73 %	14 / 52 %
OUI	28 / 34 %	15 / 27 %	13 / 48 %

Il est ici intéressant de souligner que médecins et directeurs n'apportent pas tout à fait la même réponse.

Lesquelles ? (réponse libre)

- Médecine gériatrique, court séjour + post urgences poly (16) ;
- Hdj (8) ;
- Unv (6) ;
- Chirurgie vasculaire (4) ;
- Médecine : hospitalisation de nuit (polysomnographie)(4) ;
- Had (3) ;
- Uhtcd (2) ;
- Chirurgie ambulatoire (3) ;
- Psychiatrie ;
- Chimiothérapie,.X ;
- Vac thérapie, chirurgie urologique par laser ;
- Chirurgie urologique, neurochirurgie ;
- Génétique ;
- Prises en charge coûteuses financées dans le cadre de la T2A (DMI...) ;
- Rhumatologie - SSR ;

- UCA, pacemaker, infectiologie, urologie, chirurgie thoracique, chirurgie de la reconstruction ;
- Oph et chirurgie bariatrique ; ambulatoire ;
- Soins palliatifs ;
- Chirurgie urologique, chirurgie de l'obésité ;
- Consultations début de grossesse ;
- Des activités de référence (centre maladies rares) (MIGAC- MERRI) ;
- Coronarographie - cancérologie ;
- Chirurgie maxilo-faciale, chirurgie reconstructrice, orthopédie, oncologie ;
- Imagerie médicale, USIC ;
- Lymphologie ;
- Ergothérapie, BME, bilans de conduite automobile, cuisine thérapeutique, bilan post-traumatiques ;
- --> Réalisation cystoscopies de fluorescence en lumière bleue - vidéocapsules - --> manométrie anorectale pour troubles sphinctériens postérieurs ;
- Endocrinologie - dialyses, petscanner l'urologie ;
- Chirurgie specialisee - chirurgie vasculaire ;
- Ophtalmologie - pace makers ;
- Education thérapeutique du patient xx ;
- Transplantation hépatique - allogreffes ;
- Surveillance continue, soins intensifs et secteur interventionnel ;
- Chirurgie plastique ;
- Urologie - neurologie.

ANNEXE 7

Perspectives

Au regard de l'expérience de la T2A MCO, souhaitez-vous que ce modèle de financement soit appliqué :

• Au champ du SSR

	Total	DIR	MED
Sans réponse	8	5	3
Réponses exploitables	80	52	28
NON	51 / 64 %	32 / 62 %	19 / 68 %
OUI	29 / 36 %	20 / 38 %	9 / 32 %

• Au champ de la psychiatrie

	Total	DIR	MED
Sans réponse	18	11	7
Réponses exploitables	70	46	24
NON	27 / 39 %	19 / 41 %	8 / 33 %
OUI	43 / 61 %	27 / 59 %	16 / 67 %

Pour quelles activités la T2A MCO vous paraît-elle inadaptée ? (réponse libre)

- Les urgences (17) ;
- La réanimation (13), soins intensifs, surveillance continue (4) ;
- La pédiatrie (7) ;
- L'activité non programmée (7) ;
- La gériatrie (6) ;
- La prise en charge de la précarité (6) ;
- L'éducation thérapeutique (5) ;
- Obstetrique (5) ;
- Les missions de service public (5) ;
- UHCD (3) ;
- Prestations intellectuelles ;
- Activités « nouvelles » (hors nomenclatures) (2) ;
- Les prestations intellectuelles non valorisées au moyen d'un acte technique (diabétologie, médecine interne,...) ;

- Pathologies chroniques (3) et pathologies avec recours hospitalier coûteux (hémophilie, maladies rares, mucoviscidose... ;
 - Activité de recours (4) ;
 - UNV (3) ;
 - Médecine (5), notamment spécialisée et à fort investissement en temps ;
 - Disciplines transversales utilisant de nombreux plateaux techniques ;
 - Périnatalité (2) ;
 - Soins palliatifs ;
 - Consultations ;
 - Pour les molécules onéreuses hors liste ;
 - Oncologie (2) ;
 - Pour toutes les activités supports ;
 - DMS longues.
- Pour quelles activités la T2A MCO vous paraît-elle adaptée ? (Réponse libre)**
- Gestes techniques (2) ;
 - Spécialités médicales avec acte ccam (9) ;
 - Activités « standardisées » (chirurgie ambulatoire notamment) avec une faible variabilité des coûts (5) ;
- Activité programmée (12) ;
 - Chirurgie ambulatoire ;
 - Chirurgie obstétrique ;
 - Les soins palliatifs ;
 - Activités de proximité ;
 - Chirurgie (3) ;
 - MCO ;
 - Pour les activités de soins courants ;
 - Médecine ;
 - Disciplines médicales et chirurgicales hors fonction de recours ;
 - Pour les patients sans complications aiguës multiples allongeant la durée de séjour sans changement du niveau de sévérité ;
 - Court séjour gériatrique, médecine pluridisciplinaire ;
 - Urgences ;
 - Hôpital de jour ;
 - Hospitalisation MCO classiques ;
 - Spécialités médico-techniques.

CONCLUSION

QUESTIONNAIRE :

Au regard de l'expérience de la T2A MCO, souhaitez-vous que ce modèle de financement soit appliqué ?

• Au champ du SSR

	Total	DIR	MED
Sans réponse	8	5	3
Réponses exploitables	80	52	28
NON	51 / 64 %	32 / 62 %	19 / 68 %
OUI	29 / 36 %	20 / 38 %	9 / 32 %

• Au champ de la psychiatrie

	Total	DIR	MED
Sans réponse	18	11	7
Réponses exploitables	70	46	24
NON	27 / 39 %	19 / 41 %	8 / 33 %
OUI	43 / 61 %	27 / 59 %	16 / 67 %

Pour quelles activités la T2A MCO vous paraît-elle inadaptée ? (réponse libre)

- Les urgences (17) ;
- La réanimation (13), soins intensifs, surveillance continue (4) ;
- La pédiatrie (7) ;
- L'activité non programmée (7) ;
- La gériatrie (6) ;

Pour quelles activités la T2A MCO vous paraît-elle adaptée ? (réponse libre)

- Gestes techniques ;
- Spécialités médicales avec acte CCAM (9) ;
- Activités « standardisées » (chirurgie ambulatoire notamment) avec une faible variabilité des coûts (5) ;
- Activité programmée (12) ;
- Chirurgie ambulatoire.



FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE

Fédération hospitalière de France

1 bis, rue Cabanis

CS 41402

75993 Paris cedex 14

T 01 44 06 84 44 - **F** 01 44 06 84 45

e-mail fhf@fhf.fr

www.fhf.fr